Rok XXIX. Kraków, 4 Stycznia 1890. Nr. 1.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi	8 złr. 80 ct	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	14 mk	we Francyi	24 fr.
Półrocznie:	„	4 „ 40 „	„ „	3 „	„	7 „	„	12 „
Kwartalnie:	„	2 „ 20 „	„ „	$1\frac{1}{2}$ „	„	$3\frac{1}{2}$ „	„	6 „

I. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii.“

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

Pomiędzy rozmaitemi postaciami zbezkształceń mózgu zajmują bezsprzecznie bardzo ciekawe miejsce b r a k i c z ę ś c i o w e i s t o t y m ó z g o w é j, znane pod nazwą P o r e n c e p h a l i i. Przypadki tego rodzaju były wprawdzie już dawniéj znane i w piśmiennictwie tu i ówdzie opisywane; atoli pierwszy prof. H e s c h l opisał je dokładniéj w r. 1868 i nadał im powyż wspomnianą nazwę z powodu częstego kształtu braków istoty mózgowéj szczelinowatego, lub nawet lejkowatego. Nie są one jednakże w ogóle zbyt częste, skoro prof. K u n d r a t, poświęcając zmianom tym bardzo gruntowną pracę patologiczno-anatomiczną, zebrał w r. 1882 w ogóle 29 przypadków z obcych, do tego czasu znanych opisów, 12 przypadków zaś opisuje nadto takich, które sam miał sposobność obserwować, tak, że ogólna liczba znanych do tego czasu przypadków porencefalii wynosiła 41; dodając do téj liczby późniéj jeszcze opisane przez prof. Klebsa 3 przypadki, liczba ogólna do dnia dzisiejszego znanych przypadków porencefalii wynosi zaledwie 44.

Rozległość dotyczących braków istoty mózgowéj może być bardzo rozmaitą tak, iż w jednym przypadku brakuje zaledwie jednego zakrętu mózgowego, w innych niemal całéj półkuli wielkiéj, w innych wreszcie przypadkach brakuje niemal całego mózgu, z wyjątkiem zwojów podstawowych mózgu, a nawet, jak to zobaczymy, brakować może i tych ostatnich, tak, iż tylko móżdżek jest jeszcze utrzymanym. Przypadki ostatniego rodzaju, ściśle wziąwszy, nie stanowią już t. zw. porencefalii, lecz mogłyby być zaliczone do tak zw. anencefalii częściowéj; łączą się one jednak z innemi przypadkami porencefalii pod względem równéj lub zbliżonéj przyczyny powstania swego i przedstawiają w ogóle tylko wyższy stopień tego samego zboczenia, dla czego też i tego rodzaju przypadki zaliczane bywają do porencefalij.

Przez pierwszych 4 lat mego urzędowania w prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego nie napotkałem przy sekcyi ani razu podobnéj wady mózgowia; od tego czasu jednak zdarzyło mi się napotkać przy sekcyjach naukowych p i ę ć p r z y p a d k ó w, które różnią się od siebie wybitnie rozległością braku istoty mózgowéj i przedstawiają właśnie najlżejszy, średni i najwyższy stopień owych braków, z których ostatni nie znalazłem nawet dotychczas opisanym. Rzadkość tedy tych przypadków w ogóle, jako też wspomniana różnica ich pomiędzy sobą, częścią zaś i ze znanemi dotąd przypadkami, usprawiedliwią opisanie ich dokładne i zwrócenie uwagi szan. czytelników na nasze przypadki. Pozwolę sobie przytem nadmienić, iż przy zestawieniu przypadków nie będę się trzymał porządku chronologicznego, t. j. czasu, kiedy pojedynczy przypadek się wydarzył, lecz zestawiłem przypadki nasze według rozległości i głębokości zmian znalezionych, zaczynając opis od przypadku stopniem swym najlżejszego, a kończąc na opisie przypadku najbardziéj ciężkiego.

P i e r w s z y o k a z, najlżejszy co do stopnia zmian napotkanych w mózgu, a przytem najdawniejszy w naszym zbiorze, pochodzi od choréj T e r e s y G., lat 40 liczącéj, zmarłéj na oddziale II. chorób wewnętrznych kobiecym Wgo Dr. Opolskiego, z rozpoznaniem klinicznem: „*Paralysis nervi facialis dextri. Neuralgia trigemini. Otitis dextra. Meningitis.*“ O b d u k c y j a z w ł o k, wykonana dnia 29 kwietnia 1877 roku wykazała: „*Otitis dextra externa et interna purulenta, subseq. carie ossis petrosi dextri et meningitide purulenta basilari et convexitatis loborum frontalium hemispherae majoris utriusque cerebri. Defectus cerebri cystiformis, magnitudinis mali, in*

regione gyri centralis anterioris et posterioris, lobi parietalis, gyri supramarginalis lateris dextri, subarachnoidealis, post emollitionem obsoletam, cum ventriculo cerebri laterali non communicans (Porencephalia). Pneumonia catarrhalis hypostatica dextra; oedema acutum pulmonis sinistri. Steatosis subacuta cordis, hepatis, lienis et renum. Catarrhus gastro intestinalis acutus."

Budowa czaszki była prawidłowa; kości czaszki prawidłowo wysklepione, z obu stron symetryczne. Opony twarde prawidłowo cienkie. Opony miękkie lekko zgrubiałe i białawe, mętne, na całéj podstawie i na wypukłości obu płatów czołowych pokryte są dość grubą warstwą wypociny ropiastéj, wychodzącéj z zapalenia ropiastego ucha środkowego prawego, połączonego z naciekiem ropiastym komórek kostnych sutkowych i częściowem obumarciem kości. W okolicy przedniego i tylnego zwoju środkowego, przedniego odcinka zwoju potylicznego przedniego i zwoju nadbrzeżnego (*g. supramarginalis*) półkuli mózgowéj prawéj widać, w oddaleniu niespełna 1 ctm. od zatoki sierpowéj, jamę okrągłą, wielkości miernego jabłka, średnicy 4 ctm., pokrytą jakby przeponą, nieco zgrubiałą pajęczówką, a wypełnioną czystym płynem surowiczym. Otwór do téj jamy na powierzchni mózgu jest niemal o połowę mniejszy, niż średnica jamy; brzegi otworu tego utworzone są z cienkiéj warstwy istoty korowéj zwojów okolicznych, które kończą się na samym brzegu otworu jakby ostro ucięte, jako też z rąbka. złożonego z utkania gąbczasto-pajęczynowatego, strzępiastego, nierównego, do 0.5 ctm. miejscami szerokiego, które wywinięte wystercza miejscami z jamy opisanéj ku pokrywającéj jamę pajęczówce. Wewnętrzna powierzchnia ścian jamy opisanéj składa się tylko z istoty mózgowéj białéj, pokrytej delikatną, pomarszczoną błonką, podobną do naczyniówki (*pia mater*). Zmarszczki błony téj tworzą na ścianach bocznych jamy linije, nadające powierzchni jéj pewne podobieństwo do rysunków zwojów mózgowych; atoli bliższe oględziny wykazują, że tu nie ma już ani śladu zwojów mózgowych, które kończą się u brzegów jamy; ściany zaś jéj tworzy jedynie istota biała mózgu, pokryta ową delikatną błonką. Zabarwienie ścian jamy opisanéj jest przeważnie szare, lub brudno-szarawe; w kilku miejscach jednak, głównie zaś na dnie jamy, w którem widać grubą warstewkę utkania pajęczynowatego, widać złogi pomarańczowego lub brunatnego barwiku. Połączenia opisanéj jamy z komorami mózgowemi nie widać żadnego. Kierunek, ułożenie, szerokość i grubość zwojów mózgowych na powierzchni mózgu jest zresztą na obu półkulach mózgowych zupełnie prawidłowe i zwykłe; zwoje mózgowe w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy okazują przebieg również zupełnie prawidłowy i tylko są u samego brzegu otworu mocno ścieńczałe i jakby nagle ucięte. Komory mózgowe, o ile to widzieć można bez uszkodzenia wyrobu, są zwykłéj rozległości; zwoje podstawowe mózgu, most Varola i móżdżek prawidłowej wielkości i budowy.

Pod względem klinicznym nie zauważano u dotyczącéj choréj, jak długo była przytomną, żadnych objawów, któreby wskazywały były na głębsze cierpienie mózgowia. Porażenie nerwu twarzowego i nerwica nerwu trójdzielnego bowiem tłomaczyły się dostatecznie cierpieniem głębokiem ucha prawego.

Drugi okaz, różniący się od pierwszego przypadku bardzo wybitnie, pochodzi ze zwłok Natalii K., 70 lat liczącéj, zmarłéj na oddziale II. chorób wewn. kobiecym Wgo Dra Opolskiego z rozpoznaniem: „Pleuropneumonia."

Obdukcyja zwłok, wykonana dn. 16 października 1888 r., wykazała: „*Defectus cystiformis in regione gyri centralis posterioris et medii hemispherae majoris sinistrae — Porencephalia — in ventriculum cerebri lateralem tendens. Pleuropneumonia crouposa fere totius pulmonis sinistri in stadio solutionis. Steatosis progressa cordis. Infiltratio adiposa hepatis, lienis et renum. Catarrhus gastro-intestinalis chronicus. Marasmus senilis.*"

Jama czaszkowa okazuje lekki stopień asymetryi, gdyż prawa połowa jest nieco więcéj wysklepioną, lewa połowa sklepienia czaszki zaś nieco płytsza i jakby z boku, szczególnie ku potylicy, spłaszczona. Jamy u podstawy czaszki są natomiast prawidłowych rozmiarów i po obu stronach symetryczne. Opony mózgowe twarde prawidłowe; miękkie nieco zgrubiałe i mlecznawo zmętniałe. Półkula mózgowa prawa jest prawidłowo zbudowana, 15 ctm. od przodu ku potylicy długa; zwoje mózgowe dość cienkie, zresztą prawidłowo ułożone; rowki pomiędzy zwojami dość głębokie, surowicą czystą wypełnione. W okolicy tylnego zwoju środkowego, nadbrzeżnego, przedniej części zwoju ciemieniowego wyższego i średniego półkuli mózgowéj lewéj widać lejkowato w głąb półkuli zagłębiającą się jamę, od przodu ku tyłowi 4 ctm., w poprzecznym wymiarze 5 ctm. szeroką, od zatoki sierpowatéj mostkiem zaledwie 1 ctm. szerokim utrzymanéj istoty mózgowéj odgraniczoną, po za którą ku tylnemu końcowi części potylicznéj półkuli widać jeszcze w długości 3 ctm. utrzymaną półkulę mózgową lewą. Półkula ta jest o 2 ctm. krótszą w tylnéj swéj części, niż półkula prawa, a część potyliczna półkuli lewéj jest nadto wskutek zaciągnięcia ku jamie opisanéj na zewnątrz wygiętą tak, że szpara pomiędzy obiema półkulami jest ku tyłowi w kształcie trójkąta aż do 3 ctm u podstawy szerokiego, rozwartą. Zwoje mózgowe lewéj półkuli są w części przedniéj (czołowéj) i środkowéj, podobnie jak w końcu potylicznym, zupełnie prawidłowo ułożone i zbudowane. Zwoje leżące w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy nie kończą się, jak w przypadku pierwszym, na brzegu takowéj, lecz doszedłszy do brzegu samego, wyginają się nagle ku jamie saméj i przebiegają po bocznych jéj ścianach w głąb takowéj, tworząc w wysokości 3 ctm. boczne ściany braku mózgowego, a dopiero w dalszéj głębi gubią się powoli zwoje mózgowe w ścianach jamy, które głębiéj jeszcze utworzone są przez gładką, białawo-szarą istotę białą. Jama opisana jest w ogóle 4 ctm. głęboką, a dno jéj tworzy ściana gładka, szarawo-biała, podobna do bocznych ścian jamy, poniżéj ukończenia zwojów w takowych. Jak daleko w jamie téj sięgają zwoje mózgowe, tak daleko są takowe pokryte i błoną naczyniową (*pia mater*), podczas gdy daléj w głębi nie widać żadnego pokrycia błoniastego ścian i dna jamy. Pajęczówka zaś pokrywa na powierzchni mózgu i opisaną jamę, będąc nad nią rozpiętą w postaci przepony i zamykając takową w płaszczyźnie powierzchni półkul mózgowych. W zewnętrznym kącie dna jamy opisanéj spostrzegamy przytem poprzecznie szczelinowaty otworek rozległości małéj fasolki, w który wprowadzona zakrzywiona sonda dochodzi do tylnego rogu komórki mózgowéj lewéj. Przytem widzimy też, że dno opisanéj jamy tworzy tylko bardzo cienka, delikatna błona, która na sondzie z łatwością się wypukla. Otworkiem opisanym stoi więc jama istniejąca w półkuli lewéj w połączeniu z komorami mózgowemi. Komory mózgowe, o ile to dostrzedz można bez uszkodzenia mózgu, są lekko powiększone. Zwoje prawidłowe, most Varola, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. (C. d. n.)

II. O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności.

Na podstawie własnych doświadczeń przedstawił

Prof. Dr. Alfred Obalinski.

(Rzecz wyłożona na pierwszym zjeździe Chirurgów polskich).

Jak w ogóle chirurdzy dopiero w ostatnich 15 latach częściéj zaczęli się zabierać do radykalnego, to jest operacyjnego leczenia wola, tak i w naszym szpitalu powszechnym dopiero przed dziesięciu laty po raz pierwszy została dokonaną taka operacyja.

W ciągu dziesięciolecia wykonałem ją 50 razy w obec 3423 operacyj w ogóle przedsięwziętych na 10,621 chorych leczonych w tym samym czasie w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Pomijam szczegółowe opisy przypadków, któreby tylko znużyć mogły a do właściwego nie doprowadziły nas celu, przystępuję wprost do ogólnych uwag, które mi się nasunęły przy rozpatrywaniu mego materyjału.

1) Materyjał nasz powiększał się w prostym stosunku do rezultatów, jakieśmy tym sposobem osiągali, do zaufania własnego w użyte metody, jako też i do zaufania publiczności tą chorobą dotkniętéj. Najlepiéj wykazuje to następująca tablica:

w roku	1880	operowałem	1	przypadek
„ „	1881	„	2	przypadki
„ „	1882	„	2	„
„ „	1883	„	1	przypadek
„ „	1884	„	1	„
„ „	1885	„	5	przypadków
„ „	1886	„	6	„
„ „	1887	„	7	„
„ „	1888	„	5	„
„ „	1889 [1])	„	19	„
		Razem .	50	

Nie ulega kwestyi, że u nas i poprzednio był lub mógł być taki sam materyjał, tylko że ten lub ów ambulant zbyty podówczas przepisem na leki, które nie na wiele mu się przydały, nie namawiał innych podobnie chorych do zgłaszania się w naszych zakładach, podczas gdy obecnie niejednokrotnie mieliśmy sposobność stwierdzenia, że rekonwalescenci po operacyi wola stali się gorliwymi propagatorami w swéj okolicy pomiędzy chorymi podobną chorobą dotkniętymi.

2) Głównem wskazaniem do operacyi były dla mnie przypady duszności, które albo przeszkodą się stawały w zarobkowaniu, albo mąciły przyjemności życia; że jednak u zgłaszającéj się u mnie publiczności musiały odgrywać także nie małą rolę powody kosmetyczne, zdaje się na to wskazywać cyfra operowanych kobiet (35), która znacznie jest większą niż podwójnie wzięta liczba mężczyzn (15).

3) Na 50 operowanych umarło dwoje, co daje 4% śmiertelności, t. z. stosunek bardzo mały wobec tego, jakim on był w czasach przed zaprowadzeniem antyseptyki i wyrobieniem się techniki operacyjnéj. Jak bowiem poucza nas historyja naszéj nauki, to strumektomije były od dawna przez chirurgów zalecane, wykonywane i znów porzucane, a to głównie z powodu wielkiéj śmiertelności nietylko po, ale nawet podczas operacyi. Dla porównania przytaczam tutaj kilka dat statystycznych dotyczących śmiertelności po tych operacyjach. I tak podaje ją Günther na 32·4%, Liebrecht zniża ją już do 19·8%, Knie i Focht do 18·7%. Kocher osiągnął w pierwszéj seryi 11·6%, a w drugiéj nawet 2·4% czyli średnio 7%; Mikulicz 4·3%, a Zesas podobnie jak ja 4%.

[1]) Do końca września.

Ta wykazana przezemnie śmiertelność stanie się jeszcze niższą, jeżeli zważymy, jakie szczególniejsze czynniki wpłynęły w obydwu w mowie będących przypadkach na sprowadzenie zejścia śmiertelnego.

Pierwszy z nich Michał Kusek, któremu 4/12 1883 wyciąłem był wól (strumektomia) zmarł wskutek ropnicy, która wzięła początek nie w ranie operacyjnéj lecz w pozostawionym obok rany małym guzie dodatkowym (*struma supernumeraria*), w którym wyrobił się był ropień na podstawie ogniska powstałego po poprzednich wstrzykiwaniach śródmiąższowych nalewki jodowéj, a czego niezbitym dowodem było podobneż ognisko w wydobytym podczas operacyi dużym guzie. Przy téj sposobności wypowiadam tę samą przestrogę, którą już poprzednio (*Centralblatt f. Chirurgie* 1884, 9) byłem wyrzekł, że owe wstrzykiwania śródmiąższowe nie są tak niewinnemi, jakby się to na pierwszy rzut oka mogło wydawać.

Drugi operowany zmarł w kilkanaście godzin po operacyi (obustronnéj resekcyi wola) z zapadu, a więc w tym przypadku niewątpliwie w następstwie samego rękoczynu. Mimo tego nie mogę nie wspomnieć tutaj o pewnéj okoliczności, która najprawdopodobniej na zejście śmiertelne wpłynąć musiała. Pacyjent ten był chłopcem 17 lat liczącym, według podania od urodzenia wólem obdarzonym, z wyrazem twarzy na pół zwierzęcym, zamiast zwykłéj artykulowanéj mowy, jakiegoś dziwacznego tonu do skrzeczenia podobnego używającym — czyli jednem słowem był skończonym matołkiem (*cretinismus*). Gdy nadto w sierpniu b. r. wól, już dotąd dosyć sporych rozmiarów, jeszcze nagle się powiększył, a przezto wywołał znaczną duszność, oddała go opiekunka do naszego zakładu, gdzie, jakkolwiek uznawaliśmy trudność zabiegu, przecież wobec danych okoliczności nie mieliśmy żadnych skrupułów do przedsięwzięcia u niego operacyi. W dniu 7-ym września wykonałem obustronną resekcyję wola, przyczem pacyjent wprawdzie stracił nieco więcéj krwi, niż to zazwyczaj bywa, lecz po operacyi okazywał tętno wcale dobre i spał spokojnie oddychając pełną piersią i bez duszności. Mimo to nie wrócił on już do przytomności, zapadał na siłach coraz bardziéj, aż wreszcie pomimo podawania środków wzmacniających i pobudzających w nocy życie zakończył. Sekcyja wykazała tylko wybitną niedokrewność organów wewnętrznych. Nie mogąc jednak przypuścić śmierci z zakrwawienia, gdyż ani podczas operacyi nie była utrata krwi tak bardzo znaczną, ani przesączanie po niéj tak bardzo obfitem, muszę się skłonić do przyjęcia hypotezy, że tutaj odjęcie tak znacznie powiększonego organu, jakim był niniejszy wól, musiało u człowieka dotkniętego matołectwem wywołać wpływ niezwykły, a to tembardziéj, że nawet u ludzi zresztą normalnych, rękoczyn taki wywołać może zmiany objęte mianem *cachexia strumipriva* czyli, jak Kocher słusznie żąda, *thyreopriva*. Nie zdarzyło mi się dotąd napotkać w literaturze opisu przypadku, w którymby operacyja wola odbyła się na matołku, przeto zdaje mi się, że niniejsze spostrzeżenie zasługuje na uwagę i może przyczynić się do wyjaśnienia niektórych ciemnych stron w kwestyi dotyczącéj rozwoju wolów.

4) Metody operacyjne w tych 5-ciu przypadkach użyte były następujące:

a) Nakłócie z następnem wstrzyknięciem (*punctio — injectio*) . . . . 1 raz
b) Nacięcie i drenowanie (*strumotomia*) . . . 3 razy
c) Wycięcie wola (*strumectomia*) . . . . . 14 „
d) Odcięcie częściowe wola (*resectio strumae*) . 5 „
e) Wyłuszczenie wola (*enucleatio strumae*) . . 23 „
f) Podwiązanie tętnic tarczowych . . . . . 4 „
Razem . 50 razy

ad a) Raz tylko spróbowałem w przypadku wybitnego wola torbielowego nakłóć go cienkim trójgrańcem, wypuścić treść jego płynną, a natomiast wstrzyknąć rozcieńczoną nalewkę jodową. Skutku nie widziałem żadnego, a natomiast odczyn bardzo znaczny — dlatego w kilkanaście dni przystąpiłem do innego rękoczynu i już więcéj nigdy do téj metody się nie uciekałem; nie nabrałem bowiem do niéj tak samo zaufania, jak go nie mogłem nabrać przy stósowaniu jéj w innych podobnych chorobach, n. p. wodniaku mosznowym (*hydrocele scroti* [1]).

ad b) Strumotomija nie dała mi tak złych rezultatów, albowiem we wszystkich trzech przypadkach, w których jéj użyłem, osiągnąłem cel zamierzony, jednak tylko w dwóch we względnie dosyć prędkim terminie (2—4 tygodni), w trzecim zaś wytworzyła się przetoka, która wymagała kilku miesięcy czasu do wygojenia i pociągała za sobą różne nieprzyjemne następstwa (jak n. p. długotrwałe ropienie, zatrzymywanie się ropy i t. p.), pomimo starannego antyseptycznego postępowania. Postępowanie to polega na przecięciu skóry i torbiela, przyszyciu brzegów tego ostatniego z brzegami pierwszéj i wydrenowaniu lub wytamponowaniu jamy gazą jodoformową po poprzedniem oczyszczeniu téjże mocnym roztworem karbolu i wysmarowaniu nalewką jodową, a polecałbym je nadal tylko tam, gdzie inne radykalniejsze dla ważnych jakichś powodów nie dałoby się zastósować.

ad c) Na 14 przypadków strumektomii jeden uległ ropnicy i to, jak już powyżéj wykazałem, nie z winy metody, lecz towarzyszących okoliczności; wszystkie inne goiły się szybko przez rychłozrost tak, iż zupełne wygojenie miało miejsce między 15 a 30 dniem. Co do następowych przypadów zauważanych w ciągu leczenia tą metodą operowanych mam do zanotowania następujące uwagi. W kilku przypadkach, osobliwie zaś tam, gdzie odjęto na raz po obu stronach wóle większych rozmiarów, utrzymywało się przez kilka dni po operacyi charakterystyczne charczenie przy głośnym wdechu i chrypliwym głosie; po kilku jednak dniach ustępowały, aby więcéj nie powrócić. W jednym przypadku, w którym u 20 letniéj dziewczyny odjęto na raz po obu stronach wóle dosyć znacznych rozmiarów, wystąpiły były napady podobne do padaczkowych. Wprawdzie twierdziła pacyjentka, że ona podobne napady czasem już w domu miewała; wobec jednak niezbitego faktu, że napady te przez kilka dni po operacyi po kilkakroć się powtarzały, a w ciągu 12 sto-dniowéj obserwacyi w szpitalu przed operacyją ani razu ich nie spostrzeżono, uważałem sobie za obowiązek zwrócenie uwagi szanownych kolegów na szczególniejszy ten związek przyczynowy. (Dok. nast.)

[1]) Raz jedyny widziałem niezły skutek z podobnego leczenia w przypadku z praktyki prywatnéj, gdzie jednak guz okazywał kilkanaście drobniejszych torbieli obok siebie położonych.

III. Z pracowni własnéj.

Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w wodzie,

podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Herzegowinie.

Kiedym przed niespełna rokiem wykończał poszukiwania moje nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie studziennéj, nasunęło mi się zresztą uzasadnione pytanie, czy wyniki z przedsięwziętych doświadczeń rozszerzone być mogą na stosunki ogólne? czy na większą skalę przedsięwzięte, zawsze jednak ściśle biorąc doświadczenie laboratoryjne, uprawnia już do wysnuwania wniosków stanowczych co do prawdziwości teoryi szukającéj w wodzie jednego z najważniejszych źródeł zakażenia durowego? W doświadczeniach owych wprowadzałem do wody studziennéj różnie wielkie ilości prątków durowych, pochodzących z hodowli — ilości bądź co bądź niezmierne, które po 3×24 godzinnym pobycie w wodzie doszczętnie znikały. Brakło mi podówczas poszukiwań nad ilościowem znachodzeniem się prątków durowych w kale, poszukiwań, które wkrótce potem podjęte w małéj cząstce są w stanie rozświecić ciemną pod wielu względami kwestyję zakażenia durowego. Z poszukiwań owych wynikło, że prątki durowe w kale osób dotkniętych istotnie się znachodzą, że z kałem w zmiennie wielkiéj ilości w nowe warunki bytu przeniesione, czas pewien żywotność swoją zachowują; zachodziła zatem potrzeba rozszerzenia pierwotnych mych poszukiwań przedewszystkiem w tym kierunku: czy wyniki osiągnięte z materyjałem pochodzącym z hodowli zgodzą się z wynikami doświadczenia w ten sposób zmienionego, że do wody zamiast hodowli wprowadzonym zostanie kał durowy, doświadczenia ilustrującego sztucznie wywołane zakażenie wody do picia przeznaczonéj.

Ponieważ z przyczyn często lokalnéj natury rozpoczynając poszukiwania te do doświadczeń moich żadnéj studni użyć nie mogłem, postanowiłem akomodując się do tychże warunków posługiwać się wodą zbiornikową, to jest zakażać obraną cysternę o znanym mi składzie chemicznym wody kałem durowym.

Cysterna, którą się do doświadczeń moich posługiwałem, pochodziła z czasów tureckich, wykopana w gruncie grubo-ziarnistym, bez należytego wycementowania spojeń olbrzymich, lecz łatwo wodę pochłaniających kamieni ściany tworzących, bez owéj przestrzeni fitrującéj, w któréj dopływająca woda przed dostaniem się do zbiornika wpierw przez warstwę piasku oczyszcza się, bez należytego pokrycia otworu, przez który woda czerpaną bywa, od lat kilkudziesięciu nie była w użyciu. Okoliczne dachy stanowiły przestrzeń zbiornikową, z któréj rynnami woda deszczowa spływała.

Ilość wody w cysternie znachodzącéj się wynosiła w chwili rozpoczęcia doświadczeń 31 hektolitrów, a skład chemiczny téjże był następującym:

w 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych
710	37	86	ślady	12·6

Ciepłota wody 14·1 °C. (przy 26·°C. ciepłoty powietrza), dość wielkie zmętnienie bez wybitnego smaku i zapachu. Ilość bakteryj w 1 ctm.^{3} wynosiła średnio 1910 kolonij, reprezentujących 8 łatwych do odróżnienia gatunków drobnoustrojów.

17/VIII. 1888 dodałem do wody znachodzącéj się w zbiorniku 1900 ctm.^{3} kału durowego, zebranego z kilku dni od pacyjenta w drugim tygodniu choroby będącego, kału, który jak mnie odnośne poszukiwania pouczyły średnio 700 kolonij prątka durowego w 1 ctm.^{3} zawierał, a zmięszawszy wodę dokładnie

za pomocą drążka opatrzonego kilku w kształcie promieni umocowanemi deseczkami zaczerpałem nieco wody, celem podjęcia nowego bakteryjologiczno-chemicznego badania. To samo powtarzałem codziennie przez następnych dni 12-cie.

Skład wody w 24 godzin po dodaniu kału był następującym:

w 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń org.
770	41	89	ślady	ślady	16·4

i utrzymywał się przez następnych dni 5 na téj samej wysokości.

Ilość znachodzących się w wodzie drobnoustrojów wzrosła w 2-gim dniu do 30.000, w 3-cim do 45.000, w 4-tym do 36000, w 5 tym do 21.000 w 1 ctm.[3], a jeszcze w 11-tym dniu doświadczenia, w którym skład chemiczny powrócił był już do pierwotnego stanu, wynosiła 2000. Dodać muszę, że każdego dnia co najmniéj 12-cie hodowli płytkowych uskuteczniałem, że każdego dnia zawartość zbiornika przez dokładne i dość długo trwające zmięszanie mąconą bywała.

Podczas gdy na hodowlach płytkowych uskutecznionych z próbkami wody zaczerpniętéj w godzinę po dodaniu kału ilość kolonij prątka durowego 60 w 1 ctm.[3] wynosiła, znalazłem na 35 płytkowych hodowlach uskutecznionych z 1 ctm.[3] wody z pierwszego dnia doświadczenia 49 kolonij tegoż, a na płytkach z dnia drugiego zaledwie 16-cie w 1 ctm.[3] W dniach następnych prątek durowy stanowczo w wodzie się nie znachodził.

Po ukończeniu tegoż doświadczenia wodę z cysterną wyczerpałem, całą ilość znachodzącego się osadu oczyścić i usunąć nakazałem, a po osuszeniu ścian i dna dodałem 28 hektolitrów wody rzecznéj, która przez dni 3 pozostawiona w spokoju następujący skład chemiczny okazywała:

W 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych
540	26	56	—	—	11·6

Ilość znachodzących się drobnoustrojów w 1 ctm.[3] wynosiła 1960, ciepłota średnia 12·6°C. przy 24°C. ciepłoty powietrza. Tym razem dodałem 2060 ctm.[3] kału durowego dwóch pacyjentów, kału, w którym według odnośnego badania prątek durowy w znacznéj znachodził się ilości, a zmięszawszy dokładnie zawartość cysterny, zaczerpałem wodę w godzinę po dodaniu celem podjęcia badania chemiczno-bakteryjologicznego i to samo przez następnych dni 10 powtarzałem. Skład chemiczny wody oraz ilość drobnoustrojów w ogóle w 1 ctm.[3] przedstawia załączona tablica:

W 1 litrze wody znachodziło się:

Dzień	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do zoxydowania połączeń organicznych	Ilość kolonij z 1 ctm.[3]
w godzinę	580	30	60	wybitny ślad		20·6	11000
I dzień	600	38	60		ślad	36	33000
II	596	36	59			36	40000
III	600	34	56			35	70000
IV	580	30	56			30	50000
V	580	30	54			30	37000
VI	560	26	50		—	30	28000
VII	563	26	50	—	—	23	18000
VIII	548	26	53	—	—	20	13000
IX	550	23	54	—	—	20	13000
X	550	23	56	—	—	19	7000

Przez następnych dni 3 przerwano doświadczenie z powodu silnego opadu atmosferycznego, a po ponownem podjęciu doświadczenia skład wody był następującym:

W 1 litrze wody znachodziło się:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu etc.	Ilość kolonij w 1 ctm.[3]
XIV	560	23	56	—	—	16	6000
XVI	550	22	54	—	—	14	4000
XVIII	550	24	54	—	—	14	2600

Czternastego dnia doświadczenia wypompowano wodę aż do pozostałości 2 hektolitrów, aby osad na dnie cysterny znachodzący się dostępniejszy badaniu uczynić. Badanie hodowli płytkowych potwierdziło wyniki doświadczenia pierwszego, gdyż podczas gdy w próbkach zaczerpniętych w godzinę po dodaniu kału ilość prątków durowych 89 w 1 ctm.[3] wynosiła, reprezentowane były one w I-ym dniu doświadczenia w 50, w II-gim w 12-tu koloniach, od III-go zaś dnia doświadczenia począwszy znikają też zupełnie, mimo że w niektórych dniach wody silnie osadem zanieczyszczonéj do hodowli płytkowych użyto.

W trzeciem doświadczeniu, które zaraz po wyczerpaniu, wyczyszczeniu i wysuszeniu cysterny podjąłem, zmniejszyłem z jednéj strony ilość wody zbiornikowéj, podwyższając z drugiéj ilość dodanego kału durowego. I tak do 4 hektolitrów wody dodałem 3 litry kału durowego 4-ech pacyjentów w trzecim tygodniu choroby będących, kału, który liczne prątki durowe zawierał. Skład wody przed rozpoczęciem doświadczenia był następujący:

W 1 litrze wody znachodził się:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.[3]
420	18	36	—	—	8·6	1600

Różnica w składzie chemicznym wody użytéj do tego doświadczenia w porównaniu z poprzednią miała przyczynę swą w większéj czystości wody rzecznéj zaczerpniętéj z Bregawy, która podówczas po nawalnych deszczach jesiennych i otwarcia źródeł i dopływów podziemnych znacznie wyższy stan niż poprzednio okazywała.

Po dodaniu powyższéj ilości kału i dokładnem zmięszaniu zaczerpnięto próbki celem badania chemiczno-bakteryjologicznego, a wyniki przedstawia załączona tablica.

W 1 litrze wody znachodziło się:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.[3]
w godzinę	450	20	39	wybitne ślady	wybitne ślady	11	15000
I	450	20	41			14	40000
II	450	20	41			14	40000
III	445	21	44			14	40000
IV	445	20	40			13	30000
V	440	20	41			13	26000
VI	410	23	40	ślady	ślady	11	26000
VII	440	20	40	ślady		9	28000
VIII	430	20	40	—		9	26000
IX	430	19	41	—	—	9	23000
X	430	20	39	—	—	9	18000
XI	425	21	39	—	—	9	7000
XII	430	20	38	—	—	9	3000
XIII	420	19	38	—	—	9	3000

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Ciekawy przypadek pęknięcia czaszki z następną paraplegią.

Podał
Dr. Stanisław Dobrucki,
Ordynator Szpitala Żydowskiego w Lublinie

Chociaż kazuistyka obrażeń głowy różnych rodzai z naj-

rozmaitszemi pęknięciami czaszki i uszkodzeniami mózgu jest dość obfitą, pozwolę sobie ją dopełnić jeszcze jednym przypadkiem, rzadko się zdarzającym, a przedstawiającym jednak niezmiernie ciekawe objawy.

Dawid L. 38 lat liczący, siedząc na wózku przy dozorowaniu robót drzewnych, został uderzony przez jednego z robotników łopatą w lewą okolicę ciemieniową d. 17 września. W pierwszéj chwili stracił przytomność i nie pamięta co się daléj stało i czy był jeszcze gdzie bądź uderzony. Przypomina jednak sobie, że w nocy znalazł się w stodole znajomego chłopa, że miał przez całą noc mocny ból głowy, ciągłe odbijanie i wymioty. Nazajutrz znajomi ludzie wsadzili go do wózka i on sam się powożąc, pojechał do Łęczycy, o $2 \frac{1}{2}$ mili drogi odległéj od miejsca katastrofy. Nie pamięta, czy sam zlazł, czy też go zsadzono z wózka, pamięta jednak doskonale bytność lekarza miejscowego, który, sądząc z opowiadania brata L. bardzo prędko odwiedził chorego. Świadczy to, że utrata przytomności trwała bardzo krótko. Choremu zalecono pijawki za uszami a lód na głowę, znalezioną ranę w okolicy lewéj ciemieniowéj wymyto i opatrzono. Chory uskarżał się na silny ból głowy. Nie widząc po tygodniu żadnego polepszenia przybył do szpitala żydowskiego 24 września, czyli w tydzień od chwili pobicia.

Przy badaniu okazuje się: Chory dużego wzrostu i dobréj budowy, zupełnie przytomny. Sam opowiada najdrobniejsze szczegóły o swojem nieszczęściu. Uskarża się tylko na bardzo silny ból głowy. W pierwszéj chwili zwracają uwagę bardzo duże wylewy krwi na około oczodołów, przechodzące na skronie i czoło, i wylewy krwi pod spójówką gałek ocznych, całkowicie zakrywające białkówkę. W okolicy lewéj kości ciemieniowéj blizko jéj górnego tylnego kąta znajduje się rana równoległa do szwu strzałkowego, długości 3 cm. z nierównemi, stłuczonemi, zsiniałemi brzegami. Na dnie rany wyczuwa się zgłębnikiem obnażona kość, w któréj znajduje się podłużne, równoległe do brzegów rany skórnéj pęknięcie kości. Brzegi odłamków nierówne, górny brzeg nieco wklęśnięty i przykryty dolnym, pomiędzy pęknięte powierzchnie zgłębnik nie daje się wprowadzić. Pęknięcia kości po za raną przez skórę nigdzie się nie wyczuwa. Nad prawem uchem znajduje się duży krwawiak, mający w średnicy koło 6 cm.; jak się zachowuje w tem miejscu kość, z powodu znacznego napięcia skóry określić nie można. Chory bez gorączki, tętno 70, oddech prawidłowy. Kończyny funkcyjonują prawidłowo, chory sam wstaje, może się przejść, chociaż niechętnie, gdyż to mu sprawia większy ból głowy. Choremu zalecono lód na głowę, *infusum sennae compositum* wewnętrznie, ranę oczyszczono i nałożono opatrunek jodoformowy.

Do 27-go stan trwa ten sam, ból głowy się trochę zmniejsza. Stan bezgorączkowy, tętno normalne. Wieczorem nagle ciepłota podnosi się do 38·4. W nocy chory, nie mogąc zbudzić posługacza wołaniem, sam wstał z łóżka i po załatwieniu potrzeby położył się napowrót. Nad ranem poczuł silne parcie na mocz, chciał się podnieść z łóżka, lecz nie mógł, podano mu naczynie, pomimo jednak znacznego napinania się oddać moczu nie był w stanie. Od tego czasu chory nie podnosi się z łóżka zupełnie, jak sam to określa: „z powodu odjęcia nóg“, mocz się wypuszcza kateterem.

28-go. Rano. T. 38·3 puls 80, w południe 38·9 wieczorem 39, zupełnie przytomny uskarża się na ból brzucha bardzo mocny, głowa nie boli prawie wcale. Rana wygląda dobrze, ropy wydziela się nie wiele. Skóra, pokrywająca krwawiak nad prawem uchem, mniéj napięta. Kończyny dolne zupełnie bezwładne, chory nie może ani jedną, ani drugą nogą zupełnie ruszyć. Ruchy bierne zupełnie swobodne, żadnego napięcia w kończynach nie ma. Odruchy kolanowe bardzo słabe, w krótce zaś zginęły zupełnie. W kończynach dolnych, jakotéż w dolnéj części tułowia aż do linii, przechodzącéj przez pępek, zupełny brak czucia, nawet na mocne ukłócie igłą. Reakcyje mięśni na prąd przerywany, jakotéż nerwów na prąd galwaniczny zupełnie normalne. Chory oddaje mocz za pomocą kateteru, wypróżnienia bardzo utrudnione pomimo lawatyw i faradyzacyi brzucha, jedna elektroda na powłoki brzuszne, druga zaś do otworu stolcowego. Górne części tułowia poza liniją wyżéj wskazaną, jakotéż i górne kończyny w stanie zupełnie prawidłowym. Choremu zalecono lód na głowę, pijawki za uszami, bańki suche na krzyż, wewnętrznie mixtura anglicana.

29. Rano. Ciepł. 38, w dzień 38·6 T. 108, wieczorem 38·4. Chory tego dnia był oftalmoskopowany, przyczem znaleziono lekkie przekrwienie żył.

Od tego czasu ciepłota prawidłowa, tętno 70 prawidłowe. Porażenie kończyn dolnych, pęcherza i kiszek trwa ciągle. Dopiero w tydzień po przybyciu chorego do szpitala po zniknięciu wylewów krwi spostrzegliśmy pęknięcie czaszki na znacznéj przestrzeni. Mianowicie nad prawem uchem, gdzie się znajdował wyżéj opisany krwawiak, wyczuwa się na dwa palce nad uchem zagłębienie w kości idące ku górze i ku tyłowi długości 3 cm. Od tylnego punktu téj linii idzie pęknięcie czaszki, przyczem górny brzeg więcéj wystaje nad powierzchnią, w kierunku szwu łuskowego, dochodzi do dolnego przedniego kąta kości ciemieniowéj prawéj, który to znacznie wystaje i jest widzialny dla oka. Następnie pęknięcie przechodzi poprzecznie przez kość czołową w samym jéj środku, z bardzo wyraźnym dla oka wałem, pochodzącym od wystawania górnego odłamka. Przechodząc na kość skroniową lewą kontury trochę mniej się uwydatniają, palec jednak wyraźnie może prześledzić linię pęknięcia, idącą poprzecznie przez kość skroniową i ciemieniową lewą, następnie pęknięcie podnosi się ku górze i przechodzi w wyżéj opisane pęknięcie kości ciemieniowéj lewéj, wyczuwalne w ranie, tak że całe sklepienie czaszki jest zsunięte ku przodowi i w prawo. Z tyłu pomiędzy punktami, do których dochodzi pęknięcie czaszki na potylicy, nie wyczuwa się nic szczególnego.

Stan wyżéj opisany trwa do chwili obecnéj t. j. 12 października bez żadnych zmian. Tylko w kończynach dolnych rozpoczyna się zanik, odleżyn nigdzie nie ma. Przekrwienie żył w oku zginęło, jakoteż i wylewy krwi podskórne i takież pod spojówką obu oczu.

Teraz dopiero po wessaniu się dużego wylewu krwi w okolicy kości skroniowéj prawéj, kiedy wyczuwamy ukośne w niéj pęknięcie, możemy twierdzić, że L. dostał dwa uderzenia w głowę: jedno w prawą skroń, drugie w lewe ciemię.

W dostępnéj mi literaturze znalazłem wzmiankę o kilku również obszernych pęknięciach czaszki, mianowicie w dziele Bergmana o uszkodzeniach głowy. W trzech jednak u niego cytowanych przypadkach pęknięcie dzielące czaszkę na 2 połowy zawsze przechodziło przez podstawę czaszki. W jednym tylko przypadku (Casper-Liman t. II. 1876.) kula trafiła w czoło, przeszedłszy przez mózg, uwięzgła w potylicy, znaleziono od miejsca wejścia kuli z prawéj i z lewéj strony czaszki pęknięcie aż do potylicy, tak że czaszka została rozdzielona na dwie połowy górną i dolną. Liman twierdzi, że obszerne pęknięcia czaszki w skutek silnego urazu zawsze przechodzą przez podstawę, rzadko zaś ograniczają się li tylko do sklepienia.

W żadnym jednak z wyżéj opisanych przypadków nie ma wzmiaki o dyslokacyi odłamków. Bergman twierdzi, że nawet przy rozejściu się odłamków, przy pęknięciach kości czaszki, te ostatnie zawsze pozostają na jednéj powierzchni.

Opisane w moim przypadku pęknięcie z dyslokacyją odłamków dziś bez kwestyi istniejące, co jest widoczne nawet na fotografijach, dlaczego nie było spostrzeżone dawniéj? Gdybym sam tylko badał chorego, mógłbym przypuszczać, żem przeoczył. Chory jednak był badany jeszcze w Łęcznie przez dwóch lekarzy, przez jednego z nich był dyktowany nawet protokół oględzin sędziemu śledczemu, w którym to protokóle nie ma jednak żadnéj wzmianki o tym, dziś tak wyraźnym objawie, zanotowano tylko pęknięcie kości w ranie. Następnie w szpitalu chory był badany oprócz mnie jeszcze przez pięciu lekarzy, obrzmienia czoła tak silnego nie było, żeby można było przeoczyć lub też nie wyczuć tak wystającego brzegu. Jeżeli zaś dyzlokacya nastąpiła już podczas leżenia w szpitalu, to jaka tego przyczyna? W każdym razie należy przypuścić, że ona była od pierwszéj chwili, nie była jednak zauważaną.

Również niejasny związek porażenia obu kończyn (ruchowego i czuciowego) z obrażeniem czaszki i mózgu. Zwykle przy obrażeniach kory mózgowéj w miejscach, gdzie się znajdują ośrodki ruchowe dla kończyn, mamy porażenie jednéj lub też obu kończyn, górnéj i dolnéj, zawsze jednak na jednéj stronie porażenia połowicze. Przypadki porażenia obu kończyn dolnych możliwe są tylko przy obrażeniu centrów ruchowych z obu stron, co się najczęściéj zdarza przy ranach postrzałowych w okolicę kości ciemieniowéj. O dwóch podobnych przypadkach z wojny Duńskiéj opowiada Löffler, lecz w jednym z nich przy porażeniu kończyn dolnych była nadczułość, w drugim zaś zupełnie normalne czucie w porażonych ruchowo kończynach, w moim zaś przypadku zupełna utrata czucia (dotyku, ciepła i bólu).

Jak wytłomaczyć zatem paraplegiję? Bergman przytacza przypadek z rusko-tureckiéj wojny, gdzie pod Plewną żołnierz został zraniony kulą w okolicę kości ciemieniowéj, koło górnego tylnego jej kątu. Wystąpiło porażenie obu kończyn dolnych, jednak chory doskonale odczuwał najmniejmniejsze dotknięcie, odruchy również były zachowane. W tym przypadku paraplegiję Bergman tłomaczy wylewem krwi w oponach mlecza, w skutek znacznego uderzenia w głowę. Podobne wynaczynienie w rdzeniu przy mocnych urazach głowy zostały stwierdzone sekcyjami. W powyżéj zacytowanych przypadkach nie ma wzmianki, jak prędko wystąpiły porażenia po urazie, przypuszczam że bezpośrednio, nie zaś jak u L. po upływie 10 dni.

W moim przypadku paraplegia jest bezwarunkowo pochodzenia rdzeniowego. Związek zaś z urazem tłómaczę w ten sposób: wskutek uderzenia w głowę, najprawdopodobniéj dwukrotnego nawet, nastąpił nie wielki wylew krwi w oponach mlecza, który nie uciskając go, niczem się nie manifestował. Dopiero po 10 dniach, kiedy w samem miejscu nastąpił może jakiś ograniczony proces zapalny, wtedy w skutek wysięku zjawiły się objawy wyżéj opisanego porażenia kończyn dolnych.

Przy ciągłéj galwanizacyi, stosowaniu kilkotygodniowem strychniny chory zaczął się poprawiać; obecnie stan jego przedstawia się jak następuje. Czynność pęcherza i kiszek zupełnie prawidłowa: mocz oddaje sam bez wkładania cewnika, stolce również są zupełnie prawidłowe. Czucie w kończynach powróciło prawie zupełnie, ruchy rozpoczęły się od palców, dziś chory leżąc w łóżku doskonale podnosi obie kończyny dolne, nawet bez wielkiego wysiłku. Pozostaje jeszcze w kolanach pewne przekurczenie, które także zaczyna się zmniejszać. Bólów żadnych chory nie ma, odruchy rzepkowe zjawiają się i coraz są żywsze. Deformacyja czaszki, którą opisałem, pozostaje w tym samym stanie, może nawet dziś jest widoczniejszą z powodu znacznego wychudnięcia chorego. Jednem słowem jest nadzieja, że chory przy dalszem stosowaniu galwanizacyi i mięsienia zupełnie powróci do zdrowia.[1])

[1]) Przypadek powyższy obserwowałem z Dr. Tetzem, starszym lekarzem szpitala, któremu za łaskawą pomoc, okazaną mi przy badaniu chorego, składam serdeczne podziękowanie.

V. Oceny i sprawozdania.

Contribution à l'etude de **Fièvre Dengue** par Pierre Apéry. Constantinople, 1889.

Redaktor carogrodzkiego dziennika lekarskiego *La Revue medico-pharmaceutique p P.* Apéry zebrał w niewielkiéj broszurce głosy powag lekarskich o epidemijach *Dengue* w Aleksandryi (1880), Cyprze (1883), Smirnie (1889), a wreszcie Carogrodzie (1889); następnie poczynił własne uwagi nad tą chorobą, która obecnie panuje na wschodzie tureckim, i tym sposobem wytworzył całość, z któréj można powziąść wyobrażenie, jeśli nie o przyrodzie i o zmianach anatomicznych, to przynajmniéj o obrazie klinicznym *Dengue*.

Korzystamy z téj broszury, ażeby zapoznać czytelników *Przeglądu* z tą chorobą, która bądź co bądź posuwa się powolnie na północ i zachód, i któż zaręczy, czy nie będzie kiedy naszym nieproszonym gościem?

Choroba objawia się nagle uczuciem znużenia, bólu głowy, dreszczykami i ogólną obolałością ciała; prawie jednocześnie występują zaburzenia gastryczne, a ciepłota podnosi się do 38°5—40° i wyżej. Wysypka drobna, podobna do płonicowej, występuje na policzkach, szyi, dłoniach i przedramionach; osutka ta czasem jest przelotną, a w innych przypadkach towarzyszy przebiegowi całéj choroby. Gorączka trwa dobę jedną lub dwie, następnie obniża się nagle, a jednocześnie występuje nowa osutka, podobna do pierwszéj, lub nieco różniąca się, w tych samych okolicach, rzadziéj na innych częściach ciała, a powyżéj opisane objawy ogólne dosięgają najwyższego stopnia; ból głowy dolega nadzwyczajnie, mięśnie są tak obolałe, że chorzy leżą nieruchomie, byle uniknąć bólu w członkach i zgibienia. Wśród gorzkiego smaku ustaje wszelkie łaknienie, a nudności czasem tylko dochodzą do wymiotów; niektórzy chorzy mają stolec zaparty, inni znowu cierpią na biegunkę; pragnienie mierne, woń z ust przykra, osobliwa; wątroba i śledziona prawidłowe; po upływie 2—6 dni ciepłota obniża się zupełnie, obolałośc ustaje, ale niesmak w ustach trwa daléj i łaknienie bardzo powoli wraca; osłabienie i znużenie trwają dłuższy czas.

Tak się przedstawia *Dengue* w szkicowem nakreśleniu: autorowie zgadzają się, że jest to choroba, któréj obraz kliniczny ulega nader licznym zboczeniom od pierwowzoru, szczególnie osutka ma mieć rozmaite wejrzenie i bywa bądź ogólną, bądź też ograniczoną; łuszczenie się bywa czasem jak w płonicy, w innych przypadkach nie spostrzegano go, a czasem wywołuje nader silne swędzenie.

Rozpoznanie *Dengue* jest łatwe, rokowanie zawsze pomyślne, pomimo, że ozdrowienie wlecze się nieraz kilka tygodni. Powroty téj choroby spostrzegano często, a chorzy tacy wpadali w stan niedokrewność wysokiego stopnia. W obec nierozpoznanéj przyrody *Dengue* leczenie jéj może być tylko objawowe i empiryczne; najwięcéj pomyślnych wyników, przy wysokiéj ciepłocie i silnych bólach mięśniowych, spostrzegano po zastosowaniu antipyryny.

Apéry kończy swą broszurę słusznemi uwagami, że dla poznania téj choroby wschód azyjatycki i europejski nic jeszcze nie uczynił i nie bez wyrzutu dodaje, że chyba rozszerzenie się choroby do ognisk europejskiéj cywilizacyi da powód do zbadania wszechstronnego *Dengue*; z radością więc zaznacza, że w ostatniéj chwili dowiedział się, że kierownik pracowni szczepienia przeciw wściekliźnie Excel. Dr Zoeros basza zabrał się do badania *Dengue* w kierunku bakteryjologicznym. *Dr. Kwaśnicki.*

Fizyjologija.

Pinzani (Bolonia): **Zachowanie się hemoglobiny u ciężarnéj, rodzącéj, położnicy i nowonarodzonych.**

Najwięcéj dotychczas znanych sposobów klicznego badania krwi wykazuje przy praktycznem ich zastosowaniu przy łóżku chorego wiele ujemnych stron a tylko hemometer Fleischla stanowi chlubny wyjątek. Wyniki, osiągnięte zapomocą przyrządu Fleischla, są następujące: 1) W ostatnich miesiącach prawidłowéj ciąży jest zawartość hemoglobiny u ciężarnych nieco mniejszą niż zwykle, a to tém mniejszą, im bliższym jest czas porodu. 2) Jak się zdaje, nie wywiera sprawa porodowa jako taka, czy przebiega łatwo, czy też ciężko, żadnego wpływu na zawartość hemoglobiny u nowonarodzonych. 3) Wobec prawidłowego przebiegu zmniejsza się zawartość hemoglobiny we krwi położnic w pierwszych 4 ch godzinach po porodzie, następnie przewyższa nawet ilość znalezioną w końcu ciąży, aby z chwilą pokazania się pokarmu na nowo opaść a potém znów się podnieść tak, że przy uwalnianiu położnic z zakładu znaleziona zawartość hemoglobiny równa się ilości stwierdzonéj podczas ciąży lub ją nawet przewyższa. 4) To podwyższanie się i opadanie zawartości hemoglobiny następuje także, jeżeli położnica jest pierwiastką lub wieloródką,

jeżeli poród odbywa się na czasie lub przedwcześnie, jeżeli przebiegał łatwo lub przy pomocy sztuki. Tylko utrata krwi podczas porodu wywiera wpływ, o ile po znacznym krwotoku następuje znaczne obniżenie zawartości hemoglobiny a powtórne powiększenie się jej już nie jest tak wybitne. 5) Zmniejszanie się ilości hemoglobiny, jest w ogóle większém, jeżeli wydzielanie się mleka jest znacznêm. 6) Powiększenie się ilości hemoglobiny po okazaniu się mleka stoi w odwrotnym stosunku do ilości odchodów połogowych. 7) W prawidłowych stosunkach jest ilość hemoglobiny u nowonarodzonych daleko znaczniejszą, niż u dorosłych. Skoro między drugim a trzecim dniem po porodzie dosięgła swego *maximum*, opada znowu i pozostaje na równi do drugiego tygodnia. 8) Zawartość hemoglobiny u nowonarodzonych nie jest zawisłą od ich rozwoju a raczéj stoi w prostym stosunku zawisłości do ich odżywienia. Tak samo nie wpływa płeć, chyba o tyle, że zawartość hemoglobiny płodów męskich jest nieco większą. *(W. kl. W. 1889*, Nr. 32). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Dr. Patrzek w Opolu: **Usuwanie brodawek za pomocą elektrolizy.**

Mamy przed sobą wcale zajmującą pracę o brodawkach. Według autora nie są one tak niewinnéj natury, jakby się to z pozoru zdawać mogło. W starożytności już zajmowały się niemi takie powagi, jak Hippokrates, Celsus i Galenus. Ze względów kosmetycznych są one postrachem płci pięknéj, a Voltolini opisuje przypadek brodawki na nosie młodéj kobiety, z powodu któréj o mało co nie przyszło do poważnych zajść małżeńskich. Jeżeli osadzają się na rękach, mogą być niebezpieczne dla lekarzy, pękają bowiem, tworzą bruzdy i są powodem krwawień. Niejednokrotnie niewinna na pozór brodawka była według Volkmanna miejscem wyjścia raka. Usunięcie brodawek jest rzeczą koniecznie wskazaną, ale uczynić to należy bezboleśnie i tak zgrabnie, aby brodawka nie pozostawiła po sobie nie mniéj szpecącéj blizny. Dr P. przytacza daléj w porządku historycznym, wszelkie dotychczasowe znane metody leczenia brodawek, zaczynając od różnych *hokus pokus* i zarzekań, a kończąc na sposobie Huetera wycięcia za pomocą noża lub nożyczek i dziś powszechnie używanym przypiekania płynem żrącym. Żadna z przytoczonych metod nie jest bezbolesną, a każda pozostawia po sobie brzydką bliznę. Elektroliza czyni i tym dwom warunkom zadość. W dalszym ciągu przechodzi autor pokrótce historyję elektrolizy i jéj zastosowania w medycynie, uważając za ojca jéj lekarza rosyjskiego Gustawa Crusella. On to i włoski lekarz Ciniselli udowodnili, że alkalija na anodzie, a kwasy na katodzie się gromadzą i na téj podstawie leczyli oni z dobrym skutkiem wiele nowotworów, jak naczyniaki, włókniaki, śluzaki i inne. Amerykanin Naftel miał nawet za pomocą elektrolizy wyleczyć i usunąć raka. Głównym obecnie poplecznikiem tego sposobu leczenia jest Voltolini. Jest on pewny, że elektroliza rozszerzy znacznie zakres swego działania i nie w jednym przypadku i chirurgowi nóż z ręki wytrąci, a tym sposobem przynajmniéj częściowo uwolni chirurgię od grozy, która w ślad za nią idzie. Autor niszczy brodawki za pomocą przyrządu mechanika Brode w Wrocławiu. Katoda zakończona jest igłą platynową, anoda stalową. Obydwiema igłami przebija się brodawkę na wylot i prąd zamyka. Prócz chemicznego następuje oczywiście także działanie katalityczne. Brodawka staje się najpierw białą, późniéj czernieje, mięknie i prawie się rozpuszcza w oczach. Resztka usycha sama i bez zostawienia jakiejkolwiek blizny odpada. Autor leczył w ten sposób i inne nowotwory, a nawet wyleczył zupełnie 3 razy raka wargi. „Od téj chwili“, są słowa entuzyasty elektrolizy, „nie wierzę w nieuleczność raka“. *(Intern. klin. Runds.* 1889, Nr. 50).

Dr. Mendelsburg.

Dujardin-Beaumetz: **O sposobach leczenia moczówki cukrowéj.**

B. zabrania dyjabetykom mleka, za to pozwala im mierną ilość węgleków wodu, n. p. 100 gr. pieczonych ziemniaków do każdego jedzenia; wodniki węgla należy zastąpić tłuszczami (sardynki z oliwą, mięso tłuste). Sakcharyny pozwala tylko w dziennéj dawce 0·1, wystarcza jednak do osłodzenia herbaty lub kawy. Z leków dobre są te, które działają na górną część rdzenia przedłużonego, dlatego poleca chininę, antipyrynę, eksalginę, leki te jednak nie mogą wyleczyć moczówki, ale mają zapobiedz grożącemu upadkowi sił. Według badań Sėego i Hardyego jest cukier prawidłowym składnikiem moczu, ale nie można za pomocą zwykłych prób na cukier takowego w moczu zdrowych ludzi wykazać. Wybornym odczynnikiem na cukier jest fenylhydracyn. Powiększone tworzenie się i wydzielanie cukru jest następstwem wzmożonego wytwarzania się glykogenu w wątrobie i mięśniach. Ta hypoglykogenia jest prawie zawsze następstwem z rdzenia przedłużonego (Cl. Bernard) i prawdopodobnie także z innych środków nerwowych wychodzącego zadrażnienia odruchowego nerwów naczynio-ruchowych wątroby. Leczenie powinno więc uspokajać nerwowe zadrażnienie, które sprowadza większe tworzenie się glykogenu lub nagłe przejście glykogenu w cukier, a do tego celu jest najodpowiedniejszą antipyryna. (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 26).

Jahns: **O kwasie agarycynowym.**

J. otrzymał z *Agaricus albus* istotę, która, jak się zdaje jest identyczną z wykrytą pierwéj agarycyną i któréj wyłącznie przypisać można działanie wstrzymujące pocenie się. W handlu jako agarycyna znachodzące się ciała są najczęściéj istotami złożonemi. Czysta agarycyna jest proszkiem białym, lśniącym, krystalicznym, przedstawiającym pod drobnowidem prostokątne tabliczki; jéj punkt topnienia znajduje się przy 138° C. Jest trudno rozpuszczalna w zimnéj, łatwo we wrzącéj wodzie i po ostygnięciu roztworu wydziela się znowu w postaci krystalicznéj. Wszystkie z potasowcami utworzone sole są łatwo rozpuszczalne, z metalami zupełnie nierozpuszczalne. Przy miejscowém zastosowaniu sprowadza agaracyna wybitne zadrażnienie tak, że podskórne jéj zastrzyknięcie może sprowadzić gwałtowne zapalenie a nawet ropienie. Wewnętrzne zastosowanie większych dawek (0 5) sprowadza wymioty i biegunkę. U zwierząt zimnokrwistych pociąga za sobą powoli postępujące porażenie i osłabienie czynności serca; u ciepłokrwistych nie wywiera czysty kwas w téj saméj dawce widocznego wpływu. Jeżeli jednak sól sodową podskórnie lub do żyły wstrzykniemy, to działa ona głównie na nerw błędny i na ośrodki naczynioruchowe rdzenia; oba ośrodki zostają najpierw zadrażnione, potém porażone, występuje więc najpierw zwolnienie tętna i podwyższenie parcia krwi a w następstwie obniżenie tegoż. Śmierć następuje po pojawieniu się drgawek przez ustanie oddychania. Wpływ agarycyny na wydzielanie potu nie jest ośrodkowym, lecz zależy od bezpośredniego zadziałania na narząd wydzielniczy potu. Agarycynę znosi się bez szkody w dawkach 0·02—0·1. Ponieważ działanie tamujące pocenie występuje dopiero po kilku godzinach i trwa wtedy blisko 24 godzin, dlatego poleca się częste podawanie małych dawek więcéj, niż jednéj większéj dawki. Podskórnego wstrzykiwania należy unikać z powodu ciężkiego miejscowego zadrażnienia. Pope twierdzi, że częściéj podane dawki po 0.02 agarycyny usunęły u znacznéj liczby suchotników obfite poty nocne, nawet wtedy gdy atropina była bez skutku. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 38).

E. Peiper: **Chloralamid, nowy środek nasenny.**

Chloralamid tworzy bezbarwne kryształy: rozpuszcza się w 9ciu cz. wody i w $1\frac{1}{2}$ cz. 96% wyskoku; smak ma przyjemny, słabo gorzki. Według dotychczasowych doświadczeń ma chloralamid być wskazanym w bezsenności w następstwie nerwowego rozdrażnienia, w neurastenii, w wadach sercowych, chorobach rdzenia pacierzowego, daléj w wszystkich przypadkach bezsenności, nie łączących się z silnemi bólami. Lek ten nie ma wpływu na krążenie krwi. P. doświadczał tego środka u zdrowych i chorych kliniki prof. Moslera, który podawał 2—3 gr. *pro dosi.* Nie można rozstrzygnąć, czy chloralamid posiada działanie zbiorowe. Wyniki doświadczeń P. są następujące: 1) Chloralamid okazał się stosownym, choć nie w wszystkich przypadkach skutecznym lekiem nasennym. U dorosłych występowało działanie w $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ godz. po podaniu 2—3 gr. 2) Najlepiej działał w bezsenności nerwowéj, lub wywołanéj przez choroby rdzenia pacierzowego, dusznicę oskrzelową, podostry gościec stawowy, choroby żołądka, nie łączące się z gwałtowniejszym bólem. 3) Działa-

nia uboczne. jak ból i zawrót głowy, uczucie znużenia dnia następnego wystąpiły u kilku chorych; dolegliwości te były tylko raz, mianowicie w przypadku daleko posuniętych suchot krtani, znaczniejsze. 4) W przypadkach, w których można było porównać działanie chloralamidu z działaniem wodnika chloralu, wypadło porównanie na korzyść pierwszego. P. podawał lek ten w postaci proszka (1.0, 2.0, 3.0,) lub w opłatku, polecając popijać mlekiem, wodą lub kawą; kilka razy jako mięszankę (*Rp. Chloralamid 3 0, Ac. muriat. dil. gtts. V., Aq. dest. 60. Syrup. Rub. Id. 10.0. M. D. S.* Na raz zażyć: u innych chorych stosowano go w postaci lewatywy *Rp. Chloralamid. 3.0. Ac. mur. dil. gtts. II. Spir. vin. 1.0. Aq. dest. 100.0.* S. Do lewatywy. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 32).

† Dr. Klinke zbadał działanie jodku hyosciny na 69 chorych umysłowo (14 mężczyzn i 55 kobiet). U mężczyzn, którym podawał środek przeważnie wewnętrznie, otrzymał dobre wyniki (długi i mocny sen) w 78%, średnie (sen krótki i niespokojny) w 17%, w 5% żadnych. U kobiet, którym stosował przeważnie wstrzykiwania podskórne, wyniki tak się przedstawiają: w 65% dobre, średnie 15%, w 22% żadne.

Autor streszcza wyniki swéj pracy w sposób następujący:

1. Jako środek tani i nie posiadający żadnego smaku zasługuje jodek hyosciny w wielu przypadkach u chorych niespokojnych i znajdujących się w stanie pobudzenia na pierwszeństwo przed wielu innemi środkami nasennemi obecnie używanemi.

2. Należy zawsze zaczynać od dawek małych, ponieważ odporność względem tego środka waha się u rozmaitych osób w znacznych granicach. Dawki podawane wewnętrznie muszą być 2 razy większe od stosowanych podskórnie. Pierwsze wywierają wpływ powolniéj od drugich, ale działają pewniéj i nie wywołują tak łatwo nieprzyjemnych objawów ubocznych. Dawka w obu razach nie powinna być wyższą od 0·003.

3. Jodek hyosciny działa porażająco na ośrodki ruchowe i wydzielnicze, zmniejsza częstość tętna i oddychania, wywołuje uczucie suchości w jamie ustnéj i gardle, rozszerzenie źrenic, porażenie akomodacyi, a czasami utratę łaknienia i wymioty.

4. Jodek hyoscyny działa skutecznie w stanach połączonych z podniesioną pobudliwością układu nerwowego, jak n. p. w obłądzie. W melancholii zaś daleko skuteczniéj działała morfina.

5. Jodek hyosciny wywołuje albo zwiększa już istniejące omamy i z tego powodu stosowanie jego powinno być ograniczonem w obłąkaniach świeżych. Chorym zaś chronicznie można podawać go w znacznych nawet dawkach, jeżeli oczywiście nie ma przeciwwskazania ze strony serca. (*Centralblatt für Nervenheilkunde* 1 kwietnia).

Patologija.

P. Ziegler: **O pierwotnéj róży krtani.**

Z innemi chorobami pod zbiorowem nazwiskiem obrzęku głośni znana, została róża krtani przez Masseigo r. 1886 jako samodzielnie występująca postać chorobowa opisaną. Biondiemu udało się wykazać w ślinie takich chorych koki róży. Choroba rozpoczyna się nagle od dreszczu, ciepłota podnosi się ponad 40°, poczém występuje pseudokryza, do któréj przyłączają się podwyższenia gorączki, istnieje silny ból gardła, obrzmienie gruczołów chłonnych. i uczucie obcego ciała z powodu nacieklej nagłośni; głos przyjmuje dźwięk klekocący. Szybkie powiększenie się duszności. Prędzéj lub późniéj następuje zmniejszenie się groźnych objawów. Róża wędruje chętnie i z upodobaniem na dół do tchawicy, oskrzeli, a nawet aż do opłucnéj i tak może powstać różycowate zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnéj. Wędrowanie koków drogą naczyń chłonnych wykazał Hajek. Sposób powstania można sobie wytłomaczyć przy pomocy odkrycia Stohra o przejściu białych ciałek krwi z przybłonka; z powodu swego utkania jest *fossa glossoepiglottica* ulubioném miejscem zakażenia. W rozpoznaniu należy powyższą chorobę odróżnić od ostrego zapalenia krtani i od objawów ciał obcych. Ze względu na rokowanie należy pamiętać o niebezpieczeństwie zwężenia i powikłania z chorobami płuc. Ostatnie przypadki kończą się zwykle śmiertelnie; zresztą rokowanie nie jest niepomyślném, gdyż na 14 przypadków Massei'a było 12 wyleczonych. Leczenie polega na używaniu zimna (pigułki i okłady lodowe), zmniejszeniu dolegliwości przez wdychiwanie kokainy i morfiny i na nacięciach. W silnéj duszności wskazane jest przecięcie tchawicy. Ważną rzeczą jest odżywianie: w pierwszych dniach zaleca się tylko pokarmy płynne. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 30).

Wassilew: **O zakaźnéj żółtaczce.**

W rozmaitych częściach Europy napotyka się najczęściéj sporadycznie ostrą chorobę zakaźną, łączącą się z objawami ubocznemi, obrzmieniem śledziony i wątroby, zboczeniami czynnościowemi nerek, któréj cechującym trwałym objawem jest żółtaczka, bóle mięśniowe i białkomocz. Choroba przebiega najczęściéj pomyślnie, w lżejszych przypadkach kończy się 7—11 dnia, w cięższych podnosi się znowu gorączka po jakimś czasie i wytwarza się nawrót. Pod względem patologiczno-anatomicznym cechuje tę chorobę ostre miąższowe zapalenie narządów, szczególnie nerek, jakoteż międzytkankowe, ogniskowe zapalenie wątroby płuc i nerek. Najwięcéj podobieństwa posiada ta choroba do duru żółciowego (*typhus biliosus*), przydarzającego się endemicznie w Egipcie i Smyrnie i przedstawia chorobę *sui generis*, nie mającą nic wspólnego z *Febris recurrens biliosa.* (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Martius (Berlin): **Niedomykalność zastawek aorty bez uderzenia koniuszkowego serca.**

Siła uderzenia koniuszkowego nie stoi zawsze w stosunku prostym z siłą, jaką mięsień sercowy wykonywa. Zdarza się bowiem spostrzegać tętno nikłe i słabe, o słabéj czynności serca świadczące, wobec bardzo silnego uderzenia koniuszkowego, całą połową klatki piersiowéj wstrząsającego. Na odwrót spostrzegał autor przypadek znacznego przerostu lewéj komórki niedomykalnością zastawek aorty wywołanego, mimo tego uderzenia koniuszkowego prawie jakby nie było. Dr. M. objaw ten obserwował u żołnierza, który w szpitalu garnizonowym przebył zapalenie śródsierdzia, a niedomykalnością zastawek aorty i zastawki dwukończystéj zakończonego. Zgodzić się trzeba, że uderzenie koniuszkowe powstaje jedynie w pierwszéj połowie skurczu, a mianowicie w okresie zamykania się zastawek (*Verschlusszeit*). Uderzenie to kończy się w drugim okresie skurczu (*Austreibungsperiode*), kiedy zastawki aorty się otwierają, a krew do wielkich naczyń się ciśnie, zatem w chwili zmniejszenia się skurczowego serca. W tej właśnie chwili, według Ludwiga, następuje zmiana kształtu serca skurczem wywołanego. Serce zaokrągla się i nieco ku górze podnosi, przyczem objętość całego organu się nie zmniejsza. Jeżeli więc z jakiejkolwiek bądź przyczyny okresu zamykania się zastawek (*Verschlusszeit*) brakuje i w téj saméj chwili, kiedy skurcz się kończy, odpływ krwi, a tem samem zmniejszenie objętości serca się zaczyna, to uderzenie koniuszkowe wskutek tego musi być znacznie osłabionem, albo wcale się wyczuć nie daje. W ten sposób tłomaczy Dr. Martius brak uderzenia koniuszkowego. Mógłby ktoś zarzucić, iż wobec zwykłéj niedomykalności zastawki dwukończystéj, według powyższego tłomaczenia, także uderzenia koniuszkowego brakować powinno, czego jednak nie spostrzeżono. Na zarzut ten odpowiada Dr. M., iż wobec wyż wymienionéj wady serca uderzenie koniuszkowe więcéj jest wywołanem komórką prawą, niż lewą; komórka prawa bowiem znacznie przerasta i lewą więcéj ku tyłowi wypycha. Ponieważ zaś wada zastawkowa nie w prawéj, lecz w lewéj komórce się znajduje, więc okres zamykania się zastawek nie odpada w téj połowie serca i uderzenie koniuszkowe normalnie czuć się daje. Jeżeli te dwie wady sercowe się ze sobą łączą, wtedy znaczna praca lewego serca znaczny też jego przerost wywołuje, któremu serce prawe wyrównać nie może, uderzenie więc koniuszkowe obejmuje tylko serce lewe. Ż przyczyny wady zastawkowéj w téj połowie serca okres zamykania się zastawek odpada, a zatem według powyższego tłomaczenia uderzenie koniuszkowe jest tak słabe, iż wyczuć często się nie daje. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 50). *Dr. Mendelsburg.*

J. Boas (Berlin): **O okresowych nerwicach żołądka.**

Z wielkiéj grupy nerwic żołądkowych zasługują ich postacie okresowe z powodu cechującego występowania, przebiegu i ich stosunku do innych chorób na szczególniejszą uwagę. Pierwszy Leyden opisał „okresowo powracające wy-

mioty", pozostające po części w związku z innemi zboczeniami w unerwieniu, po części z chorobami macicy, po części jako cierpienie samodzielne, idyjopatyczne. Początek jest zwykle nagły: wśród silnych nudności występują obfite wymioty, czemu towarzyszy ból w dołku podsercowym, ogólne osłabienie, niekiedy silny ból głowy całéj lub migrena, światłowstręt, wrażliwość na hałas. Skoro tylko coś dostaje się do żołądka, występują natychmiast wymioty, tak że żołądek może zatrzymać ledwie lód lub szampan z lodem. Jako cechujące dla napadu uważa Leyden: wciąganie brzucha, uporczywe zaparcie stolca, skąpy ciemny mocz z obfitym osadem; niekiedy bezmocz; z początku może być obfity i blady (*urina spastica*). Wymiociny składają się ze spożytych pokarmów, potem następuje płyn brunatny, zawierający przybłonek, niekiedy czworniaki, w końcu żółć, niekiedy prążek krwi. W innym szeregu przypadków występują objawy mózgowe tak uderzająco na pierwszy plan, że napady okazują wielkie podobieństwo do typowéj migreny, a różnią się od niéj tem, że występowanie wymiotów nie jest końcem, lecz drugim okresem napadu. W chorobie téj ważnem jest nietylko regularne występowanie napadów, w przebiegu przeciągów czasu dokładnie, niekiedy co do dnia oznaczyć się dających, lecz także typowe trwanie i w jego przebiegu znowu różne okresy. W rozpoznaniu należy tę chorobę odróżnić od kryz żołądkowych tabetyków, od *Gastroxynsis* Rossbacha, od okresowéj hypersekrecyi Jaworskiego, od niestrawności zimniczéj. O etyjologii sądzi Leyden, że dla przypadków idyjopatycznych należy przypuścić nerwicę nerwu błędnego, względnie zmianę *plexus coeliacus*, a Rosenthal przypuszcza zwyrodnienie jąder n. błędnego. Obok idyjopatycznych są jeszcze wymioty odruchowe (choroby macicy, robaki jelitowe, nadużywanie tytoniu). Rokowanie jest tem gorsze, im częściéj występują napady i im dłużéj trwają. Leczenie mało pomaga: podskórne wstrzykiwanie morfiny jest jedynym środkiem uśmierzającym; użyć można antipyryny, fenacetyny; w przerwach systematycznie podawane dawki soli bromowych, dłuższe leczenie prądem stałym, anoda w okolicę zwoju brzusznego, katoda na grzbiet. W końcu należy uwzględnić cierpienie usposabiające. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Choroby nerwowe.

Jastrowitz (Berlin): **O leczeniu bezsenności.**

Z użytych w tym celu leków zasługują na uwagę: Przedewszystkiém wyskok w jego rozmaitéj postaci jako wino, piwo, koniak i t. d., którego używamy także w chorobach jako środka odurzającego, jeśli obawiamy się osłabienia siły serca przez inne środki nasenne. Makowiec i morfina: ostatnia jest w małych dawkach lekiem uśmierzającym, a tylko w większych dawkach lekiem nasennym; sprowadza ona sen bardzo podobny do snu naturalnego ze względu na uczucie pokrzepienia, którego chorzy doznają. Makowca nie należy podawać dzieciom, u których natomiast dobrze działa bromek potasu. W bólach wychodzących z jelit jest makowiec na miejscu, jak również w przewlekłych postaciach podniecenia i zadumy i w obłędzie opilczym. Narceina w dawkach 0·1 sprowadza sen dobry, jednakże nie bywa ona czystą. Kodeina rozwija działanie usypiające w tych samych dawkach, co narceina. Wodnik chloralu jest najsilniejszym środkiem nasennym; z powiększeniem jego dawki rośnie jego niebezpieczeństwo, gdyż poraża serce. Jest znakomitym w obłędzie opilczym, w t. z. *état de mal* i w kurczach. Przeciwwskazania stanowią choroby serca, macinnica, znaczne przeszkody w oddychaniu. W małych dawkach (1·5 gr.) działa korzystnie w ostrych chorobach i w przewlekłéj bezsenności; używając większych dawek, należy być ostrożnym. Paraldehyd sprowadza w dłuższy czas podawanych lub wielkich dawkach stan podobny do zatrucia wyskokowego. Dobrze działa w dusznicy sercowéj, źle w rozedmie i miażdżycy tętnic. Wodnik amylenu można podawać w dawkach 0·8—7·0, sprowadza u niektórych chorych łatwo dolegliwości żołądka (wtedy należy podawać przez odbytnicę). Podaje się go w bezsenności w wszystkich chorobach i przeciw kaszlowi. Sulfonal jest bez woni, a zmięszany z odpowiedniemi płynami bez smaku nie ma działać na serce. Działa powoli, jest więc niedobry w chorobach ostrych i w bólach, lepszym w stanach motorycznego niepokoju, pląsawicy, szale. Podaje się małe dawki za dnia (0·5—1·0), w nocy jeszcze jedną dawkę; po dłuższém używaniu sprowadza zawrót i niezborność. W końcu zasługują na wzmiankę uretan, metylal, kanabinon, hypnon i t. d. jako mało doświadczane, względnie nieodpowiednie (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 30).

† Sollier opisuje przypadek choroby nerwowéj, którego zdaniem jego nie można zaliczyć do żadnéj kategoryi znanych dotychczas chorób.

Chory 42 lat, mężczyzna, ani z przeszłości własnéj, ani z życia przodków nie podaje nic takiego, coby mogło być wprowadzonem w pewien związek z obecną chorobą. Choroba ta rozwinęła się przed rokiem w czasie leczenia chirurgicznego otoku piersiowego. Z początku powstały w rękach bóle strzykające, zstępujące od łokci ku dołowi, potem słabość ruchowa obu rąk i zwiększenie ich objętości. Wkrótce to samo powtórzyło się i w odnogach dolnych. Obecnie powiększenie objętości wybitnie się zaznacza w częściach obwodowych odnóg na rękach, stopach, dolnych częściach podudzia i przedramienia. Zależy ono przeważnie od powiększenia kości, ale i miękkie części uległy również powiększeniu. Na innych częściach odnóg niektóre mięśnie uległy zanikowi. Wreszcie po całem ciele były rozrzucone wysepki ze zmiennem czuciem. Widzenie trochę osłabione, reszta zmysłów niezmieniona. Odruchy ścięgniste zwiększone. Autor przypuszcza, że przypady te wskazują na porażenie układu nerwowego. (*La France med.* Nry 68 i 69).

Choroby umysłowe.

Guder: **Przyczynki do etyjologii chorób umysłowych.**

G. przeczytał historyje choroby 1200 umysłowo chorych zakładu dla obłąkanych w Ueckermünde, zwracając uwagę między przyczynami fizycznemi prócz ostrych chorób gorączkowych głównie na kiłę. Znalazł ją u 18tu kobiet i 36ciu mężczyzn. Uwzględniał tylko te przypadki, w których już w wywiadach jest wyraźna wzmianka o kile; liczba więc ta nie odpowiada rzeczywistym stosunkom, zwłaszcza, że wywiady u chorych którzy się poprzednio wałęsali, lub u pochodzących z zakładów poprawy były niedostateczne, pomijając i to, że wywiady pochodzą z czasów, w których mniéj uwagi poświęcano badaniu co do przebytéj kiły. Między tymi 54 chorymi było 45-ciu paralityków (10 kobiet i 35-ciu mężczyzn). Ponieważ w całym tym przeciągu czasu przyjęto z powodu porażenia postępującego 40 kobiet i 153 mężczyzn, wypada więc w 25, względnie w 23% kiła. Leczenie przeciwkiłowe ani w jednym przypadku nie zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem. (*Aus dem Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde* 1875—1887). *Dr. Baschkopf.*

Choroby oczne.

Fälser. **Przyczynek do patologicznéj anatomii siatkówki i nr. wzrokowego w chorobach mózgu i opłon jego.**

Zbadawszy w pracowni prof. Iwanowskiego siatkówkę i nerw wzrokowy w *meningitis purulenta basillaris* (7 przyp.), *meningitis tuberculosa* (4 przyp.), *men. chronica* (12 przyp.), *haemorrhagia cerebri* (7 przyp.) *i arteriosclerosis cerebri* (9 przyp.), autor podaje takie wyniki:

1) Wszystkie choroby mózgu i jego opon, przy naruszeniu ich anatomicznéj budowy, wywierają wpływ na patologiczne zmiany w siatkówce i n. wzrokowym.

2) Ostre zapalenie opon mózgowych wywołuje puchlinę wodną n. wzrokowego, która jest jedną z głównych przyczyn ostrego zapalenia tego ostatniego i siatkówki (*Neuroretinitis oedematosa*).

3) Chroniczne zapalenia opon mózgowych bywają przyczyną długo wlekącego się, rozlanego zapalenia siatkówki.

4) Arteryjoskleroza naczyń mózgowych przechodzi na naczynia n. wzrokowego i siatkówki, i zawsze prowadzi do obwodowego obrzęku ostatniéj. Ten obrzęk jest rezultatem chron. żylnéj hyperemii na gruncie ogólnego rozstroju obiegu krwi.

5) W przypadkach arterijosklerozy mózgu z następczem wynaczynieniem krwi w takowy prawie zawsze obserwujemy wylanie krwi i w siatkówce, a to wskutek tętniaków włosowatych na gałęziach *art. centr. retinae.*

6) Tarcza zastoinowa zależną jest od uciśnienia nerwu wzrokowego w miejscu jego przejścia przez tylny otwór

twardówki płynem zebranym w przestrzeni międzypochwowéj. (*Dysertacyja inaug. Petersb. 1889*). *Dr J. Talko.*

Medycyna sądowa.

Prof. Ungar: **O nowej próbie płucnéj Bernheima.**

Rokrocznie prawie zjawiają się nowe pomysły i projekty celem udoskonalenia próby płucnéj, lub zastąpienia jéj próbą lepszą. W roku właśnie upłynionym Dr. Bernheim z Kolonii w sekcyi medycyny sądowéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. miał rzecz o nowo przez siebie wymyślonéj próbie i takową następnie opisał w Nrze 43 *D. m. Woch.* Ponieważ próba Schreyera jest tylko grubszą próbą fizyczną, polegającą na śledzeniu ciężaru gatunkowego płuca badanego, więc B. przyszedł na myśl, aby zastosować do tego badania przyrząd znany, pyknometr, i w tym celu kazał sporządzić *ad hoc* pyknometr, za pomocą którego przy każdéj sekcyi u worodka możnaby matematycznie oznaczyć ciężar gatunkowy płuca. Liczne doświadczenia wyrobiły bowiem w nim przekonanie, że płuca, które choć bardzo krótko oddychały, mają c. g. = 0·8, płuca zaś płodowe c. g. = 1·1. Trudność niejaka polega tylko na tem, że kawałek płuca badać się mającego należy poprzednio za pomocą wagi ścisłéj dokładnie zważyć.

Przeciw stosowaniu tego postępowania atoli podnosi głos swój prof. Ungar (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 49) dowodząc nasamprzód i słusznie, że ciężar gatunkowy płuc noworodków nigdy nie przedstawia wielkości stałéj, jak to już ztąd wynika, że poszczególne kawałki płuca już to pływają dobrze, już też zanurzają się, już też pływają pod zwierciadłem wody. Jeżeli więc c. g. płuc noworodków w każdym przypadku i w każdym kawałku nieco odmiennie się przedstawia, a zatem o cyfrze stałéj 0·8, a względnie 1·1 mowy być nie może, to nadto wszystkie zastrzeżenia, z czasem zastosowane do próby pływania, jak pod względem możności uchodzenia powietrza z płuc, które oddychały, jako też pod względem wpływu zgnilizny, w wyższym jeszcze stopniu odnoszą się i do próby wolumetrycznéj Bernheima. Ważniejsze jeszcze są trudności, zachodzące przy zastosowaniu téj próby w praktyce. Do oznaczenia bowiem ciężaru bezwzględnego kawałka płuca badać się mającego potrzeba wagi bardzo ścisłéj, jakiéj lekarz sądowy nie posiada, a różnica choćby 1 decigrama ma tu już wielkie znaczenie. Wreszcie nasuwają się trudności przy oznaczaniu objętości wody wypartéj w pyknometrze po włożeniu kawałka płuca, co znów przy dzieleniu ciężaru bezwzględnego kawałka płuca badanego przez ilość wody wypartéj, aby otrzymać c. g. płuca, naraża na błędy rażące, a bardzo doniosłe, gdyż przy postępowaniu cierpliwem i sumiennem przekonał się U., że nieraz kawałek płuc, który pływał we wodzie, w którym nawet bez próby hydrostatycznéj już okiem wolnem, a tem bardziéj za pomocą lupy, można było widzieć perełki powietrza w pęcherzykach płucnych, badany pyknometrem dał wynik przeciwny, t. j. okazywał c. g. = 1·1, wynik, który lekarza sądowego mógłby zniewolić do orzeczenia błędnego, że płuco badane jest bezpowietrzne. Próba więc Bernheima daje rzeczywiście cyfry, ale badanie to matematyczne jest błędne, a w każdym razie o wiele mniéj pewne i odpowiednie, aniżeli prastara próba hydrostatyczna, zwłaszcza jeżeli płuca mało powietrza zawierają, podczas gdy, jeżeli płuca są wypełnione powietrzem, już wcale zbyteczną jest próba tak żmudna.

(Nawiasem dodamy, że próba Bernheima nie jest i nową, albowiem według listownego doniesienia prof. Hofmanna już prof. Bernt we Wiedniu na początku bieżącego stulecia posługiwał się podobnym przyrządem). *L. B*

VI. W sprawie Wydziału lekarskiego we Lwowie.

Od lat 10 z okładem słyszymy o zamiarze Rządu założenia Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim; przed 10 laty ś. p. protomedyk Biesiadecki przedłożył już Rządowi spis kandydatów, którym poszczególne katedry powierzyćby można; a jednak do niedawna nic się nie stało, coby zwiastowało bliskie urzeczywistnienie ważnego tego projektu. W ciągu tego czasu nie brakowało wprawdzie na głosach, dopominających się Wydziału lekarskiego we Lwowie, a głosy te wychodziły nie tylko od jednostek, ale i od nader poważnych gron i ciał parlamentarnych, jak od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, od Sejmu i delegacyi naszéj w Radzie państwa, ale też nie brakło i głosów, jakkolwiek nie śmiało odzywających się, zaprzeczających potrzeby utworzenia drugiego w kraju Wydziału lekarskiego, a nawet uznających istnienie jego za połączone ze szkodą dla Wydziału lek. w Krakowie. Podobno i w saméj Delegacyi naszéj zdania miały być podzielone; tem mniejszym był pochop dla Rządu spieszenia się, zwłaszcza gdy zasłaniał się w sposób przekonywający każdego obywatela nieuprzedzonego, że pierwéj należy zaspokoić niezbędne potrzeby prastaréj szkoły Jagiellońskiéj, zanim się pomyśli o nowym Wydziale, którego urządzenie, jak z natury rzeczy wynika, również z wielkim kosztem musi być połączone. Nieco raźniéj zaczęła sprawa postępować za rządów obecnego p. Ministra Oświecenia, tak życzliwego dla kraju naszego. Ustanowił on stypendyjum dla kandydata fizyjologii, pozwolił na urządzenie wykładów anatomii ludzkiéj we Wydziale filozoficznym we Lwowie, co uważano za pierwsze cegiełki dla powstać mającego gmachu, a wreszcie w lipcu 1889 r. udał się do Wydziału lek. w Krakowie z wezwaniem o przedłożenie sobie orzeczenia fachowego w sprawie założyć się mającego Wydziału lek. we Lwowie, „do czego „dotąd nie mógł zabrać się z powodu znacznych wydatków, „jakich wymagał Wydział lekarski krakowski. że jednak „obecnie uważa chwilę za stosowną, aby nad kwestyją tą „bliżéj się zastanowić.“ Ponieważ wezwanie to nadeszło prawie przed zamknięciem roku szkolnego, więc Wydział lek. wyznaczywszy komisyję osobną, mającą orzeczenie żądane wypracować, dopiero niedawno sprawę mógł załatwić i orzeczenie w mowie będące p. Ministrowi przesłać. W orzeczeniu tem Wydział wyraża swą radość z powodu, że p. minister zamierza przystąpić do urządzenia Wydziału lek. we Lwowie, a istnienie takowego nie tylko ze względu na życzenia i potrzeby kraju uważa za pożyteczne, ale także pod względem dydaktycznym i narodowym; ze względu jednak na ustęp odezwy p. Ministra, z którego możnaby wnosić, jakoby potrzeby Wydziału lek. w Krakowie były już w zupełności zaspokojone, Wydział daje wymowny wyraz licznym i niezbędnym swym potrzebom, zwłoki nie cierpiącym, bo narażającym go na powolny, niezasłużony upadek. Do tych uwag Wydział na wstępie widział się tem bardziéj zmuszony, o ile jest przekonany, że z rozpoczęciem przygotowań około nowego Wydziału wszelkie jego wymagania pójdą w odwłokę, a prawdopodobnie już nigdy uwzględnienia się nie doczekają; bo jeżeli finanse państwa już teraz nie pozwalają łożyć na Wydział krakowski, jest rzeczą więcéj niż pewną, że one nie wystarczą na zaspokojenie potrzeb dwóch wydziałów. Jeżeli zaś przypomnimy, że na budowę zakładu patologicznego, mającego mieścić w sobie anatomiję patologiczną, patologiję ogólną i doświadczalną, oraz medycynę sądową, jakkolwiek budowa ta w zasadzie przez Rząd jest postanowioną, a plany gotowe, jakkolwiek kraj pod budowę tę przeznaczył grunt bezpłatny i pomimo że, zwłaszcza anatomija patologiczna istnieje dotąd w gmachu ciasnym, chylącym się do upadku, bez wentylacyi i wodociągu, pomimo, że medycyna sądowa umieszczoną jest w domu prywatnym, nieczystym, za czynszem stosunkowo drogim, że wreszcie i patologija ogólna, jakkolwiek lepiéj, ale również w domu prywatnym za drogim czynszem się mieści — przecież w budżecie na rok 1890 Rząd ani grosza nie wstawił na tę budowę tak pilną, że więc nie ma mowy, aby w roku 1890 rozpoczęto choćby przygotowania koło urządzenia tego zakładu; jeżeli daléj uwzględnimy, że w całkiem nieodpowiednim stanie znajduje się główna klinika chorób wewnętrznych, w nieświetnym reszta klinik; że pomieszczenie zakładu fizyjologicznego, zakładu dla chemii lekarskiéj jest całkiem nieodpowiednie, że Wydział lekarski w Krakowie nie posiada dotąd katedry i zakładu dla higijeny i bakteryjologii, ani katedry dla histologii, że dotychczas nie ma kliniki psychijatrycznéj i dla chorób nerwowych itd. itd. — to przyzna każdy nieuprzedzony, że licznych tych potrzeb Wydział lekceważyć nie może, że przeciwnie świętym jest jego obowiązkiem, stać na straży interesów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Żądać od Wydziału,

aby tego nie czynił, aby przemilczał najżywotniejsze swoje potrzeby przez wzgląd na powstać mający Wydział we Lwowie, znaczyłoby tyle, co proponować człowiekowi w sile wieku i działalności będącemu, a żyć i działać daléj pragnącemu, aby dopuścił się samobójstwa, żeby nie zaszkodzić urodzić się mającemu braciszkowi.

Temu więc obowiązkowi uczyniwszy zadość, a stwierdziwszy, że posiadamy obecnie siły dostateczne do obsadzenia wszystkich katedr, Wydział nauczony własnem doświadczeniem przedstawił W. Ministerstwu konieczność urządzenia we Lwowie Wydziału lekarskiego, odpowiadającego wszystkim wymogom tegoczesnym. Środki połowicze bowiem byłyby szkodliwe, bo skazałyby nowy Wydział na ustawiczną miernotę i charłactwo przewlekłe. Zakłady wszystkie teoretyczne wypada wybudować, odpowiednio do przeznaczenia, a nie poprzestać na wynajmowaniu domów prywatnych, któreby zresztą dla niektórych zakładów, jak anatomii opisowéj i patologicznéj, absolutnie się nie zdały, a co znaczy adaptacyja takich domów na cele naukowe, o tem w Krakowie aż nadto dostateczne i smutne mamy doświadczenie. Na samym początku wypadałoby zatem wybudować gmachy dla anatomii opisowéj, patologicznéj i fizyjologii; po upływie 2—3 lat wypadnie pomyśleć o reszcie zakładów, jakoteż o klinikach. Co się tyczy tych ostatnich, komisyja tutejsza nie znając dokładnie stosunków miejscowych, nie wiedząc zatem, czy będzie można klinikę urządzić w szpitalu powszechnym, coby było rzeczą najodpowiedniejszą i najmniéj kosztowną, radziła się przy sposobności p. protomedyka Merunowicza; otrzymała jednak nie bardzo pocieszającą informacyję, albowiem szpital powszechny we Lwowie jest ciasny, przepełniony, a co gorsza mało co rozszerzyć się dający. Z tego powodu komisyja oświadczyła, że zachodzi potrzeba, aby W. Ministerstwo za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa zwołało na miejscu ankietę, w skład któréj oprócz reprezentantów Rządu, Wydziału krajowego i klinicystów wchodziłby także fachowy budowniczy, celem rozstrzygnięcia pytania, czy w jakich warunkach kliniki dałyby się pomieścić kosztem poszczególnych oddziałów w szpitalu powszechnym, czy dałyby się także urządzić potrzebne sale wykładowe, operacyjne, pracownie, mieszkania dla asystentów itd., a w razie twierdzącym byłoby rzeczą Rządu uzyskać przyzwolenie Wydziału krajowego. Nie ulega wątpliwości, że urządzenie w ten sposób klinik byłoby połączone ze znacznie mniejszym kosztem, aniżeli gdyby wypadało osobne dla nich wybudować gmachy; ale obawiamy się, że pozostanie to tylko *pium desiderium* i że koniecznie o nowych gmachach trzeba będzie pomyśleć.

Otóż rys historyczny sprawy kraj tak bardzo obchodzącéj; wypada nam teraz zastanowić się nad pytaniem, czy rzeczywista zachodzi potrzeba urządzenia drugiego Wydziału lek. w kraju i czy to nie stanie się ze szkodą Wydziału naszego?

Dużo mówiono, rozprawiano i pisano o potrzebie drugiego Wydziału lek. w kraju naszym. Głównym motywem był brak lekarzy w Galicyi, bo rzeczywiście przerażającym jest fakt, że u nas według najnowszych wykazów przypada zaledwie 1 lekarz na przeszło 10.000 mieszkańców. Wychodząc z tego zapatrywania, przypuszczali statystycy, że po założeniu drugiego Wydziału lek. zwiększy się znacznie liczba lekarzy. Zdania tego nie podzielamy wprawdzie bezwarunkowo, bo jesteśmy przekonani, że na liczbę słuchaczów drugiego Wydziału krajowego złoży się głównie część słuchaczów, uczęszczających w Krakowie i we Wiedniu, a przypuściwszy, że liczba uczniów, a tem samem lekarzy, powiększy się rzeczywiście, to pytanie, czy ze zwiększeniem téj liczby odniosą korzyść jakąś ci, co najwięcéj opieki lekarskiéj potrzebują, to jest włościanie. Motyw ten nie jest atoli wyłącznym, jeżeli się rozchodzi o stwierdzenie potrzeby drugiego Wydziału lek. Są bowiem powody inne, również ważne, a może i ważniejsze, a w naszych stosunkach koniecznie na uwzględnienie zasługujące.

Spotykaliśmy się i spotykamy często z pytaniem, czy nie jest rzeczą odpowiedniejszą, aby istniał j e d e n Wydział lekarski w kraju, ale za to należycie uposażony, aniżeli żeby istniały d w a Wydziały miernie wyposażone, boć łatwo przewidzieć, że Rząd, który tak powoli i tak skromnie zaspokaja potrzeby Wydziału krakowskiego, tem mniéj zdołałby łożyć na dwa Wydziały, zwłaszcza, że Wydział nowy z początku wymagać będzie znacznych nakładów. Na pytanie to odpowiadają rozmaicie: naszem zdaniem w ogóle jest rzeczą pożądaną, aby wszędzie istniała większa ilość Wydziałów lek. z mniejszą frekwencyją, bo w takich szkołach uczniowie bez porównania więcéj mogą korzystać, aniżeli w Wydziałach przepełnionych; w szkole lekarskiéj bowiem idzie głównie o to, aby uczniowie mogli wygodnie widzieć i pracować, podczas gdy w innych Wydziałach wystarcza, aby tylko słyszeć mogli. Jeżeli więc już zasadniczo jesteśmy za większą ilością szkół lekarskich, to w n a s z y c h stosunkach kwestyja ta nabiera większego jeszcze znaczenia. Na całym obszarze ziem polskich posiadamy dotąd tylko dwa uniwersytety z językiem wykładowym polskim, a j e d e n tylko Wydział lekarski. Jeżeli wszędzie i zawsze dążą do uzupełnienia uniwersytetów, jeżeli nawet Czerniowce już starają się o Wydział lek., pomimo że tameczny uniwersytet nie cieszy się wielkiem powodzeniem, a uniwersytet niemiecki, umieszczony w mieście tak bardzo na wschód wysuniętem, powodzeniem cieszyć się nie może, to tem bardziéj nam wypada starać się o to uzupełnienie, abyśmy mieli przynajmniéj dwa uniwersytety kompletne z wykładem polskim. Nie ubliżamy zapewnie innym wydziałom, jeżeli powiemy, że uniwersytet bez Wydziału lek. jest czemś niezupełnem, jest jeżeli nie kadłubem bez głowy, to w każdym razie ciałem, któremu brak jednego z najważniejszych członków, a co ważniejsza, brak mu ożywczego tchnienia, wychodzącego z nauk przyrodniczych i lekarskich. Dlatego przedewszystkiem nie wątpimy, że uniwersytet lwowski jako taki zyskałby wiele na utworzeniu w nim Wydziału lekarskiego.

Ale zyskałaby wiele i medycyna polska. Jakkolwiek dotychczas zdołano jeszcze wypełniać luki, od czasu do czasu w Wydziale naszym lekarskim zachodzące, a wypełniono je za pomocą sił naukowych naszych po całym świecie rozstrzelonych, to przecie zdarzyć się może, że zabraknie siły odpowiedniéj, zwłaszcza dla przedmiotu teoretycznego. Trudno bowiem żądać, aby młody lekarz poświęcił się anatomii, fizyjologii, farmakologii, higijenie itd., gdy nie ma nadziei, aby kiedykolwiek doczekał się posady, a niepodobna wymagać od niego męczeństwa, na które się naraża, jeżeliby folgował zamiłowaniu swemu do jednéj z tych gałęzi lekarskich bez widoku, aby z pracy swéj miał plon jaki. Smutne te stosunki polepszą się z pewnością, jeżeli będziemy mieli dwa Wydziały lekarskie, bo wtedy szanse otrzymywania posad będą nierównie większe, a wtedy niejeden młodszy lekarz uzdolniony chętnie poświęci się przedmiotowi teoretycznemu, czego dotąd z bólem serca czynić nie mógł. W każdym razie będzie więcéj katedr, a tem samem i więcéj posad dla asystentów, którzy będą mogli przenosić się z jednego Wydziału do drugiego, jak to się praktykuje w Niemczech, będzie więcéj docentur, a więc w razie wakansu nie będzie kłopotu pod względem obsadzenia katedry.

Pomijając następnie wpływ powstać mającego Wydziału lek. na uniwersytet lwowski, niepodobna nie przyznać, że nowy Wydział musiałby dobrze oddziaływać i na Wydział lekarski w Krakowie. O ile bowiem ostatni straciłby materyjalnie przez zmniejszenie się liczby uczniów, zyskałby w dwójnasób pod względem moralnym: powstałaby bowiem godziwa całkiem i piękna emulacyja pomiędzy profesorami, docentami i asystentami obydwóch Wydziałów; prace i starania jednych musiałaby pobudzić do pracy drugich, już z powodu, że porównanie pomiędzy działaniem jednych i drugich byłoby bardzo bliskiem, a wszystkich musiałoby być staraniem, aby to porównanie nie wypadło na niekorzyść jednego z bratnich Wydziałów. W każdym razie ruch naukowy ożywiłby się nadzwyczaj w kołach lekarskich, a zyskałaby na tem nauka i piśmiennictwo nasze.

Że wreszcie Lwów jako miasto odpowiada wszelkim wymogom, aby w nim Wydział lek. mógł prosperować, dowodzić chyba nie potrzeba. Położenie geograficzne, ludność znaczna, wielki szpital, zakład krajowy dla obłąkanych w pobliżu, są to zapewne warunki dla szkoły lekarskiéj bardzo korzystne.

To są prawdziwe powody, dla których uważamy powstanie Wydziału lek. we Lwowie za zbawienne dla kraju. A jednak dziwić się należy, że ani kraj, ani stolica jego jakoś nie bardzo sprawą tą się zajmują. Rząd nasz przyzwyczajony jest, że prowincyje, domagające się dla siebie Wydziału lek., życzenie to swoje wyrażają jasno i zrozumiale. Urządzenie Wydziału lek. połączone jest z wielkim kosztem, a prowincyje zazwyczaj przychodzą w pomoc Rządowi znaczną ofiarą pieniężną. Tak się stało w Tyrolu, tak w Styryi, a Sejm bukowiński starania swoje rozpoczął od ofiarowania dość znacznéj sumy na rzecz Wydziału lek. Dotąd nie słyszeliśmy, aby kraj nasz z podobną odezwał się ofertą, a jeżeli władza autonomiczna ciągle ma do walczenia z biedą w kraju panującą, a na ofiarę pieniężną na ten cel zdobyć się nie może, to Sejm w inny sposób, jak przez ofiarowanie gruntów bezpłatnych pod budowę, a gmina lwowska przeznaczeniem pokaźnéj sumy pieniężnéj powinnyby zamanifestować rzeczywiste pragnienie posiadania Wydziału lek. w stolicy kraju.

Dopiero jeżeli wszystkie czynniki złożą się i połączą swe usiłowania, uzasadnioną będzie nadzieja, że sprawa Wydziału lek. we Lwowie przestałaby nareszcie być węzłem morskim i prędzéj lub późniéj stałaby się rzeczywistością. Powstanie Wydziału należycie urządzonego i wyposażonego powita kraj cały z radością prawdziwą, Wydział zaś lekarski krakowski z braterskiem przywiązaniem i miłością śledzić będzie pierwszych kroków braciszka swego, a dbały o jego dobro i powodzenie poczytywać sobie będzie za wielką przyjemność, aby służyć mu radą i czynem, w nadziei miléj, że podrósłszy wspólnie z nim pielęgnować będzie niwę nauki ojczystéj, a z czasem wywzajemni mu się radą i podporą. Żywo pragniemy, aby to nasze szczere życzenie noworoczne, które Lwowowi składamy, jak najprędzéj ziściło się ku pożytkowi i chwale kraju i stolicy. *L. B.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(L. B) **Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za rok** 1886 i 1887, wyszłe pod koniec r. z., jest dalszym ciągiem publikacyj, dawniéj rok rocznie ogłoszonych, a przedstawiających na podstawie dat i cyfer ściśle urzędowych wierny obraz zdrowia publicznego w kraju naszym, a zaraz całéj nędzy sanitarnéj naszéj. Pod względem rozdziału treści sprawozdanie niniejsze nie różni się od poprzednich, a jeżeli się bardzo nie mylimy, bo nie mamy pod ręką sprawozdań poprzednich, to i wnioski ostateczne są te same, co dawniéj, co stanowi najlepszy dowód, że wnioski dawniejsze pozostały wnioskami i nie doczekały się załatwienia i urzeczywistnienia. Obracamy się ciągle w kole błędnem: widzimy i poznajemy złe, wiemy, jak mu zaradzić trzeba i powinno, ale wszelkie rady rozbijają się o kwestyję finansową, któréj rozwiązać nie może ani Rząd, ani władza autonomiczna. Sprawozdania więc w mowie będące stanowią i zapewne jeszcze przez długie lata stanowić będą cenny materyjał, a zadowolić się wypadnie, jeżeli w czasie najbliższym przy dobréj woli i wielkiem wysileniu choć mała cząstka złego usuniętą zostanie.

Sprawozdanie rozpada się na 2 części: pierwsza obejmuje zestawienie szczegółów, odnoszących się do śmiertelności i stanu służby zdrowia oraz zakładów leczniczych, wraz z wnioskami ostatecznemi, część ta jest opracowaną gruntownie jak w latach poprzednich, przez prof. Czyżewicza; część druga obejmuje tablice statystyczne, służące za podstawę i illustracyję, i zestawioną jest z mrówczą pilnością i dokładnością przez obecnego protomedyka Dra Merunowicza.

Niepodobna nam podać streszczenia dat w sprawozdaniu podanych; sądzimy, że każdy lekarz, dla którego nieobojętnym jest stan zdrowia publicznego w kraju naszym, powinien zapoznać się dokładnie z bogatą treścią i w miarę swego doświadczenia, w miarę okolicy, w któréj praktykuje, i warstwy ludności, z którą przeważnie się styka, poczynić uwagi swoje, które ogłoszone w pismach lekarskich stałyby się podstawą dyskusyi fachowéj a w następstwie korzystnemi dla ogółu. Poprzestajemy na podaniu wniosków ostatecznych, aby do nich nawiązać parę uwag

Wnioski te są następujące:

I. Znaczne szerzenie się chorób nagminnych w kraju wymaga dokładniejszego nadzoru sanitarnego, przeto koniecznem jest w interesie ogółu, państwa i kraju łączenie pewnéj ilości gmin względnie do obszaru i zatrudnienia i tworzenie publicznych posad lekarzy gminnych okręgowych.

II. W celu powstrzymania rozwoju chorób nagminnych koniecznem jest wydanie ustawy budowlanéj dla gmin wiejskich i miasteczek.

III. Należy postarać się o zapewnienie przyrostu potrzebnéj liczby lekarzy uzdolnionych przez wskrzeszenie we Lwowie w miejsce zwiniętéj szkoły medyczno-chirurgicznéj fakultetu lekarskiego.

IV. Potrzebnem jest podwyższenie c. k. lekarzom powiatowym rangi i płacy.

V. Jest rzeczą niezbędną ustanowienie w szkołach stałego nadzoru lekarskiego.

VI. Ponieważ obecnie szpitale niewystarczają dla pomieszczenia zgłaszających się chorych, przeto koniecznem jest rozszerzenie istniejących lub zakładanie nowych szpitali publicznych, obok zakładania przytulisk dla nieuleczalnych.

VII. W obec wielkiéj ilości obłąkanych błąkających się bez opieki po kraju należy postarać się o umieszczenie tychże w zakładach dla umysłowo chorych.

VIII. Należy postarać się o wybudowanie zakładów dla położnic i urządzenie ich odpowiednio do wymogów higijeny lekarskiéj.

IX. Byłoby rzeczą pożądaną wprowadzić dla akuszerek egzaminy dodatkowe w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki położnictwa.

X. Należy napowrót zaprowadzić zniesione domy podrzutków, a względnie urządzić zakłady opieki nad niemowlętami.

XI. Koniecznem jest urządzenie krajowych publicznych zakładów wychowawczych dla głuchoniemych i ciemnych.

XII. Należy zaprowadzić przymusowe szczepienie ochronne od ospy krowianką.

XIII. Koniecznem jest postarać się, aby wszelkie sprawy sanitarne krajowéj Radzie zdrowia do zaopiniowania przedkładano.

XIV. Dla sanacyi miast naszych jest rzeczą niezbędną usunięcie targowic bydlęcych z śródmieścia na inne miejsca, odpowiadające wymogom sanitarnym i weterynarno-policyjnym.

Co do wniosku I: W obec pominięcia projektu ustawy o lekarzach gminnych w Sejmie tegorocznym niema niestety widoków, aby kraj nasz tak rychło pozyskał instytucyję tak ważną i upragnioną.

Co do wniosku III: W sprawie urządzić się mającego Wydziału lek. we Lwowie pisaliśmy powyżéj; i w téj mierze nie ma nadziei, aby rzecz tak prędko przeprowadzoną być mogła.

Co do wniosku IV: Stanowisko lekarzy powiatowych ani pod względem płacy, a tem mniéj pod względem rangi, jaką zajmują w hierarchii urzędniczéj, nie jest wcale świetne i nieodpowiada ani wieloletniéj pracy, ani licznym egzaminom, wymaganym przez państwo od lekarzy rządowych. Wypadałoby. aby wszystkie Rady zdrowia w Austryi zgodnie wystąpiły z żądaniem poprawienia losu lekarzy rządowych, a wtedy z czasem możnaby skutek jakiś osiągnąć.

Co do wniosku V: Potrzeba sanitarnego dozoru nad szkołami i uczniami jest u nas gwałtowną; wszakże w kraju naszym szkoły nieraz demonstrują *ad oculos*, jak urąga się wymogom higijenicznym. Tyczy się to tak gmachów szkolnych wogólności, jakoteż sal wykładowych, ławek, wentylacyi, wychodków, przestrzegania czystości itd.; tyczy się to także przeciążenia uczniów przez to, że potrzeb hygienicznych wcale prawie się nie uwzględnia. Dozór lekarski mógłby tu działać nadzwyczaj zbawiennie

Co do wniosku VII: O kwestyi obłąkanych, nie umieszczonych w zakładach, trudno rozpisywać się; brak nam na to miejsca i czasu; do téj kwestyi, nader doniosłéj i ze

stanowiska sądowo-lekarskiego, powrócimy przy innéj sposobności.

Co do wniosku IX: Wniosek ten jest bardzo ważnym, ale może ważniejszym od ponownych egzaminów, do których, jak sądzimy, zmuszać akuszerek państwo niema prawa, byłoby włożenie na nie obowiązku zapoznawania się co parę lub co kilkanaście lat z postępami nauki pod względem traktowania chorych.

Co do wniosku XIII: Że wszelkie ważniejsze sprawy sanitarne wypada przedkładać Radzie zdrowia, zdaje nam się być rzeczą całkiem słuszną; czy obecnie przedkłada się je Radzie zdrowia, tego nie wiemy, jak w ogóle nie wiemy absolutnie nic, co Rada sanitarna robi. Według ustawy Rada sanitarna powinna ogłaszać protokóły swych posiedzeń; nasza Rada zdrowia tego nie czyni, nie wiemy znów z jakich powodów. Tak więc kraj o Radzie téj nic nie wie, a byłby czas, aby raz przecie zamanifestowała swoje istnienie; kraj ma prawo domagać się tego, zwłaszcza, gdy tego żąda i ustawa.

* **W sprawie kas dla chorych.** Kolegijum doktorów w Wiedniu wystósowało petycyję do Rady państwa w sprawie uwzględnienia przy najbliższéj sposobności następujących wniosków: 1) Obowiązkowe zabezpieczenie na przypadek choroby ma się rozciągnąć nietylko do robotników, ale i do ich żon i dzieci; 2) tylko takim (sobom niżéj lat 35 wolno przystępować do powiatowych kas dla chorych, które mają minimum dochodu 630 złr. rocznie; 3) lekarze stowarzyszeń mają być mianowani przez władzę polityczną przynajmniéj na lat 5; wreszcie 4) do narad nad zmianami w ustawie zaprowadzić się mającemi mają być wzywani lekarze praktyczni jako znawcy.

* **W sprawie izb lekarskich** interpelowano niedawno w Radzie państwa przewodniczącego komisyi sanitarnéj, który odpowiedział, że sprawa ta stoi w związku ze sprawą państwowego urzędu zdrowia, co do którego sprawozdanie już przedłożono prezydyjum Izby.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 stycznia. W roku ubiegłym nauki lekarskie poniosły dotkliwe straty przez śmierć licznych badaczy i lekarzy. Dzielnice polskie opłakują zgon trzech mężów znakomitych: Biesiadeckiego, Chałubińskiego i Kaczorowskiego, a nadto z lekarzy polskich umarli Drowie: Brodowski Wincenty, Dąbrowski, Halski, Ignatowski, Jabłonowski, Kreutzer, Królikowski, Lubiński, Malewski, Malicki, Niwiński, Paleczny, Popławski, Rosenblum, Rosenthal, Rodziewicz, Rybczyński, Suligowski, Tylka, Witkowski, Witz, Wojnarski, Zabroński, Żyżniewski. Daléj ubyli przez śmierć z fizyjologów: Worm-Müller, Kruckenberg, Gscheidlen, Donders, Wooldridge; z anatomów: Brock, Boetticher, Nuhn, Quiquerez; z chemików: Chevreuil, który przeżył więcéj niż 100 lat i Schilder; z internistów: Kreitmair, Meyer, Perrin, Eichwald, Wagner, i Williams; z chirurgów: O'Dwyer, Loretta, Masserton, Orłowski w Warszawie, Ultzmann, Wittelshöfer syn i Ryszard Volkmann; z ginekologów: Breisky i Wasseige; z otiatrów: Voltolini; z pedyjatrów: Fürth; z psychijatrów: Hadlich, Leidesdorf, Nasse, Perroud, Schwartzer ojciec; z higijenistów: Soyka i Hoffmann; z balneologów: Orth; z lekarzy rządowych: Markbreiter, Plohn i Walther; z lekarzy wojskowych: jeneralni lekarze sztabowi: Kozłów, Lauer, Legouest Schubert; z redaktorów: Wittelshöfer ojciec. Pokój ich cieniom!

* Influenza szerzy się coraz więcéj w Europie środkowéj; we Wiedniu wszystkie szpitale powszechne są przepełnione tak, że przypadków lżejszych wcale nie przyjmują. Władze rządowe nie uznały wprawdzie za potrzebne zarządzenie środków wyjątkowych w obec przebiegu łagodnego epidemii, jednak przypomniały lekarzom obowiązek donoszenia o każdym przypadku. Zasługuje na uwagę, że choroba nagabuje więcéj dorosłych, aniżeli dzieci i że więcéj choruje uczniów szkół wyższych, aniżeli szkół ludowych.

* Z dnia 1 stycznia r. b. w Austryi wchodzi w życie nowa taksa leków, a tem samem odnośne rozporządzenie Ministerstwa spraw wewn. z d. 28 listopada 1885 obowiązywać przestaje. Taksa ta zawiera kilka nowych przepisów, a mianowicie: Leki, co do których istnieją pewne ograniczenia, wolno aptekarzowi wydawać tylko za należytym przepisem lekarza lub weterynarza (§ 3). Wyjęte są środki desinfekcyjne i kw. karbolowy, siarkan cynkowy i miedziowy, jednak na naczyniu wyraźnie umieścić należy napis „do desinfekcyi“, jakoteż chloroform z napisem „do użytku zewnętrznego“, ale tylko w mięszaninie, zawierającéj 20% chloroformu. Recepty, w których dawka maksymalna jest przekroczoną, wolno ekspedyjować tylko wtedy, jeżeli lekarz dodał znak wykrzyknika i jeżeli dawka nietylko cyframi, ale i słowami podaną została (§ 4). Każdą receptę winien lekarz pisać czytelnie i dodać nazwisko i mieszkanie chorego; jeżeli lekarz tego nie uczynił, aptekarz jest obowiązany dodać nazwisko i mieszkanie (§ 5). Ponowne wydawanie leku według jednéj recepty dozwolone jest tylko na rzecz strony na recepcie wymienionéj. Jeżeli zachodzi obawa nadużycia, lekarz winien dodać na recepcie klauzulę „*ne repetatur*“, a wtedy aptekarz obowiązany jest zastósować się do niéj (§ 6). Niewolno wydawać leku na podstawie recepty odkopiowanéj i niewolno też recept kopiować w aptekach (§ 7). Receptę z dopiskiem „*cito*“ lub „*statim*“ należy ekspedyjować jak najprędzéj (§ 8). Recept z dodatkiem „*secundum meam praescriptionem*“ lub z inną uwagą, nasuwającą domysł o porozumieniu się lekarza z aptekarzem, które jest nie dopuszczalne, wcale ekspedyjować niewolno (§ 9), a lekarzom niewolno takich dopisków umieszczać. Dla biednych, na żądanie szczególne stron, jako też w razie jeżeli lekarz dodaje klauzulę „*fiat expeditio simplex*“ aptekarz winien ekspedyjować jak najtaniéj (§ 10). Wolno aptekarzowi wydawać leki poniżéj taksy, jeżeli tylko dobroć na tem nie cierpi. Winien atoli na recepcie wypisać tak taksę, jakoteż cenę obniżoną (§ 16).

* Otrzymaliśmy list następujący!

Szanowny Panie Redaktorze:

Na postawioną przez szan. Redakcyję w dodatku do mojego zaproszenia propozycyję demonstrowania moich ciałek publicznie w towarzystwie lekarskiem jak najchętniéjbym się zgodził gdyby moje ciałka nie były już raz w towarzystwie lekarskiem tutejszem przedmiotem bardzo dokładnéj demonstracyi. („Przegląd Lekarski“ Nr. 17 r. 1885). Komu demonstracyja ta nie wystarcza, i wszystkich, których sprawa moich ciałek interesuje, powtórnie niniejszem zapraszam do mojego zakładu, gdzie na rozlicznych preparatach i na odpowiednich dokumentach fakta przezemnie podane stwierdzić można z całą dokładnością i z należytą swobodą.

Prof. Dr. Adamkiewicz.

* Do funduszu wdów i sierot po lekarzach nadesłali prof. Borysiekiewicz z Insbruku kwotę 5 złr., lekarz powiatowy Dr. Goldhaber z Nowego Targu kwotę 2 złr., Dr. Szymkiewicz z Krakowa 2 złr. — uwalniając się tem od powinszowań noworocznych.

* Młody i czynny lekarz może mieć rozległą praktykę osiadając w miasteczku z kilku tysiącami mieszkańców, gdzie jest tylko jeden patron chirurgii. Bliższymi szczegółami służy na żądanie M. L. Dobrowolski w Krakowie, Floryjańska 47.

* **Warszawa.** Temi dniami obchodzić będzie jubileusz 40-letniéj pracy zawodowéj lekarskiéj Dr. Henryk Podowski, b. lekarz naczelny szpitala św. Łazarza.

† Parlament francuski przyjął następujący wniosek Dra Javala: Ojcowie i matki mające 7-ro dzieci uwalnia się od opłat osobistych i od podatków z majątków ruchomych. Celem wnioskodawcy jest wpłynąć na Francuzów, żeby mieli więcéj dzieci.

† W Chile otwarto 15 września b. r. jako w rocznicę ogłoszenia niepodległości rzeczypospolitéj nową szkołę lekarską w Santiago. Przy téj sposobności odbył się pierwszy zjazd lekarzy i przyrodników, na którym ogłoszono następujące konkursy: 1) 2000 peso (około 3000 złr.) za najlepszy projekt farmakopei. 2) 500—1000 peso za projekt ulepszenia sanitarnych stosunków stolicy, za dzieło o mineralnych wodach Chile, za zbadanie jednéj z miejscowych lekarskich roślin pod względem jéj chemicznych i terapeutycznych własności i za podanie środka antyseptycznego. 3) 1000 za inne prace naukowe.

* **Mianowania.** JE. p. Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi 1-széj kl. Drów Stanisława Zawadzińskiego

w Wadowicach i Ignacego Janowskiego w Drohobyczu; lekarzami powiatowymi 2-éj kl. dotychczasowych asystentów sanitarnych Drów: Antoniego Coghena w Bohorodczanach i Adolfa Goldhabera w Żydaczowie; asystentami zaś sanitarnymi egzaminowanych fizyków Drów: Franciszka Sobolewskiego w Zaleszczykach, Feliksa Najedłę w Krośnie, Henryka Blumenfelda w Nowym-Targu, Emila Lebedowicza w Mościskach i Józefa Kownackiego w Wieliczce.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Docenci prywatni Drowie Frisch, Maydl i Lorenz mianowani zostali proff. nadzw. chirurgii.

* **Nekrologija.** Dr. Michał Tylka sekundaryjusz szpitala św. Łazarza zmarł dnia 27-go b. m. z zapalenia płuc, licząc lat 31. Zmarły ukończył niedawno studyja w tutejszym uniwersytecie, a posadę sekundaryjusza zajmował zaledwie przez kilka tygodni. Skromny i cichy, ceniony w gronie młodszych kolegów zmarł na samym wstępie do życia zawodowego, pozyskawszy zaledwie posadę po studyjach wśród twardych warunków. Nad grobem kolegi przemawiali prezes Tow. Lek. krak. prym. Paszkowski i Dr. praw Gluziński. S. p. Tylka pozostawia wdowę i dziecko bez żadnego zaopatrzenia. — W Budapeszcie umarł prof. nadzw. i prymaryjusz Dr. Gejza Antal w 44 roku życia. Był on znakomitym specyjalistą w urologii i wydawcą tygodnika *Orvosi Hetilap*; w Paryżu umarł prof. kliniki wewn. Damaschino, a w Stokholmie profesor higijeny Dr. Eliasz Heymann, mając lat 60. — We Wiedniu umarł prof. nadzw. newropatologii Dr. Chr. Rosenthal, urodzony w r. 1833 w W. Waradynie we Węgrzech. — W Mentonie umarł w 58 roku życia znakomity klinicysta petersburski Sergiusz Botkin. Był on profesorem kliniki lek. w Akademii wojskowo-lekarskiéj, miał rozległą praktykę i wykształcił liczny zastęp lekarzy. — W Görbersdorfie na Szląsku pruskim umarł znany kierownik zakładu leczniczego Dr. Hermann Brehmer urodz. w r. 1826. Z powodu udziału w wypadkach r. 1848 rząd pruski zaledwie po 2 letnich staraniach jego, popartych przez Schönleina i Al. Humboldta pozwolił mu w r. 1856 na urządzenie zakładu leczniczego, który następnie cieszył się wielkiem powodzeniem; odwidzali go także liczni Polacy, a prawie ciągle lekarze polscy pełnili obowiązki asystentów nieboszczyka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Bujwida: Hodowle promienicy; Strzemińskiego: Dwa przyp. obustronnego wrodzonego braku tęczówki; — W *Medycynie* Nr. 52: Giedrojcia: Wykaz stat. lek. chorych leczonych w szp. św. Łazarza w Warszawie (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 8 b. m. o godzinie 6 téj wieczór w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.